

Univerzita Karlova v Praze

Filozofická fakulta

Katedra Psychologie



Diplomová práce

Adéla Rudá

Psychologické charakteristiky sociální opory u seniorů

Psychological Effects of Social Support on the Elderly

Praha 2013

Vedoucí práce: PhDr. Iva Štětovská, Ph.D.

Na tomto místě bych chtěla poděkovat vedoucí své diplomové práce PhDr. Ivě Štětovské, Ph.D. za neúnavnou pomoc a motivaci při psaní práce.

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 29. 07. 2013

.....

Adéla Rudá

Abstrakt:

Sociální opora je považována za jeden z protektivních faktorů naší osobní pohody. Bylo identifikováno několik jejích prediktorů. Jsou to například věk, pohlaví nebo socioekonomický status. Bohužel existuje pouze omezené množství informací k tématu sociální opory u seniorů v České republice. Předkládaná studie se zabývala sociální oporou v kombinaci s vybranými socio-demografickými údaji na vzorku 133 osob ve věku 65 let a více. K měření byla použita přeložená verze Dotazníku k sociální opoře (F-SozU; Fydrich, Sommer & Brähler, 2007). Srovnání s německými normami pro populaci 61 až 96 let ukázalo, že český vzorek skóroval signifikantně výše na škálách instrumentální opora, sociální zátěž a dostupnost důvěrné osoby. Na škále emoční opora, sociální integrace, reciprocita a spokojenost se vzorek se od norem významně nelišil. Instrumentální opora a spokojenost s věkem mírně stoupaly. Ženy vykazovaly vyšší míru emoční a instrumentální opory, sociální integrace a vyšší dostupnost důvěrné osoby, zatímco muži skórovali výše pouze na škále sociální zátěže. Spokojenost však byla jak u žen, tak u mužů podobná. Výsledky pomohly k rozšíření limitovaných znalostí z oblasti sociální opory u seniorů.

Klíčová slova:

sociální opora, senioři, psychologické determinanty, sociální síť, sociální vztahy.

Abstract:

Social support is supposed to be a protective factor of our well-being. Several predictors as age, gender or socioeconomic status were identified. Unfortunately, there is a lack of information regarding social support among elderly in the Czech Republic. The present study investigated social support in combination with several sociodemographic indicators on the sample of 133 individuals aged 65 and older. A translated version of Questionnaire to Social Support was used (F-SozU; Fydrich, Sommer & Brähler, 2007). A comparison with the standards of German population aged from 61 to 96 years old revealed that the Czech sample scored significantly higher on instrumental support, social burden and availability of trusted person. The sample did not differ from German standards in emotional support, social integration, reciprocity and satisfaction. Instrumental support and satisfaction slightly increased with age. Women scored higher on emotional and instrumental support, availability of trusted person and social integration, whereas men scored higher only on social burden. Interestingly satisfaction with social support was similar for both women and men. The results helped to extend limited knowledge of social support among elderly.

Key words:

social support, the elderly, psychological determinants, social network, social relations.

Zusammenfassung:

Soziale Unterstützung gilt als einer der schützenden Faktoren unseres persönlichen Wohlbefindens. Es wurden einige Kennwerte dafür identifiziert. Dazu gehören beispielsweise das Alter, das Geschlecht oder der sozioökonomische Status. Leider gibt es nur begrenzt Informationen zum Thema der sozialen Unterstützung bei Senioren in der Tschechischen Republik. Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit sozialer Unterstützung in Kombination mit ausgewählten soziodemografischen Daten anhand einer Stichprobe von 133 Personen im Alter von 65 und mehr Jahren. Für die Messung wurde eine übersetzte Version eines Fragebogens zur sozialen Unterstützung (F-SozU; Fydrich, Sommer & Brähler, 2007). Der Vergleich mit den deutschen Normen für die Population zwischen 61 und 96 Jahren hat ergeben, dass die tschechische Stichprobe signifikant höher in den Skalen praktische Unterstützung, soziale Belastung und Erreichbarkeit von Vertrauenspersonen platziert sind. Die Stichprobe unterscheidet sich nicht wesentlich in den Skalen emotionale Unterstützung, soziale Integration, Reziprozität und Zufriedenheit. Die praktische Unterstützung und die Zufriedenheit steigen mit zunehmendem Alter leicht an. Frauen verzeichnen ein höheres Maß an emotionaler und praktischer Unterstützung, sozialer Integration und eine höhere Erreichbarkeit von Vertrauenspersonen, während Männer nur auf der Skala der sozialen Belastung ein höheres Ergebnis erzielten. Die Zufriedenheit war bei den Frauen und den Männern jedoch ähnlich. Die Ergebnisse sind für die Erweiterung der eingeschränkten Kenntnisse im Bereich der sozialen Unterstützung bei Senioren hilfreich.

Schlüsselbegriffe:

soziale Unterstützung, Senioren, psychologische Determinanten, soziales Netzwerk, soziale Beziehungen.

Obsah

Obsah	7
Úvod	11
1. Teoretická část.....	13
1.1 Stáří a stárnutí	14
1.1.1 Demografické trendy	16
1.1.2 Vnímání seniorů v České republice.....	18
1.1.3 Biologické změny ve stáří	20
Smysly	21
1.1.4 Psychické a kognitivní změny	22
Inteligence a moudrost.....	22
Kompetence v každodenním životě.....	24
Emoce	25
Osobnost.....	26
Deprese	26
Změny v paměti	27
Demence	28
1.1.5 Sociální změny	28
Teorie vztahující se k sociálním vztahům v dospělosti a stáří	29
Sociální vazby	32
1.1.6 Úspěšné stárnutí.....	40
Model selektivní optimalizace s kompenzací.....	41
1.1.7 Stáří a stres	43
Typy stresorů	43
Charakteristika stresorů podle věku.....	44
Zvládání stresu.....	44
Souhrn.....	46
1.2 Sociální opora.....	47
1.2.1 Dělení sociální opory	47
1.2.2 Koncept sociální opory	49
Sociální ukotvení, vnímaná a přijímaná sociální opora	50

1.2.3	Modely sociální opory	53
	Sociální opora a stres	53
	Sociální opora jako copingová strategie	57
1.2.4	Sociální opora a její vztah ke zdraví a nemoci	59
	Sociální opora a depresivita.....	60
	Sociální opora a fyzické zdraví	61
1.2.5	Prediktory sociální opory	62
	Osobnostní charakteristiky	63
	Sociodemografické charakteristiky	64
1.2.6	Měření sociální opory.....	67
	Souhrn.....	69
1.3	Specifika sociální opory u seniorů	71
1.3.1	Psychologické charakteristiky sociální opory u seniorů	71
	Věk	73
	Extraverze.....	73
	Socioekonomický status.....	74
	Ztráta rolí	74
	Zdraví.....	75
1.3.2	Sociální opora v kontextu ztráty	76
	Změny v sociální síti spojené s odchodem do důchodu	77
	Sociální opora v kontextu ztráty blízkého člověka	79
	Sociální opora v kontextu chronické nemoci	80
1.3.3	Senioři jako poskytovatelé sociální opory	81
	Souhrn.....	83
2.	Empirická část.....	84
2.1	Cíle výzkumu	85
2.2	Výzkumné otázky a formulace hypotéz	85
2.3	Design výzkumu	87
2.4	Použité metody.....	88
	2.4.1 Sociální opora.....	88
	2.4.2 Sociodemografické údaje	90
2.5	Popis výzkumného vzorku	92
2.6	Průběh výzkumu	97

2.6.1	Adaptace metody	97
2.6.2.	Pilotáž.....	98
2.6.3.	Sběr dat.....	99
2.6.4.	Vyhodnocování dat.....	100
2.7.	Výsledky	100
2.6.1	Srovnání výzkumného souboru s německými normami	100
2.6.2	Souvislost sociodemografických údajů s vybranými škálami	103
2.5.3	Výstupy z rozhovorů.....	106
2.6	Diskuze.....	108
Závěr.....		114
Seznam použité literatury.....		115
Přílohy		129
Instruktáž		130
Dotazník S-54.....		132
Porovnávání jednotlivých škál německých norem s českým vzorkem		136
Souvislost sociodemografických údajů s vybranými škálami.....		141

Seznam použitých zkratk a zaměnitelných pojmů

Zkratky

F-SozU	Fragebogen zur sozialen Unterstuetzung	Dotazník k sociální opoře
PU	Praktische Unterstuetzung	škála Instrumentální opora
EU	Emotionale Unterstuetzung	škála Emoční opora
SI	Soziale Integration	škála Sociální integrace
WasU	Whargenommene soziale Unterstuetzung	škála Vnímaná sociální opora
Bel	Soziale belastung	škála sociální zátěž
Rez	Reziprozitaet	škála Reciprocita
Vert	Vertrauensperson	škála Dostupnost důvěrné osoby
Zuf	Zufriedenheit mit sozialer Unterstuetzung	škála Spokojenost se sociální oporou
SO	sociální opora	

Změnitelné pojmy

vnímaná opora = očekávaná opora = anticipovaná opora

Sociální ukotvení = sociální integrace

Úvod

Co nám může udělat stáří, když jsme na ně dva?

- Stendhal

Stárnutí je jedinečnou a tedy nepřenositelnou individuální zkušeností. Na procesu stárnutí, během kterého dochází ke změnám snad ve všech oblastech bytí, se mohou podepsat mnohé vnitřní i vnější faktory (Šolcová, 2011). Jedinec prochází četnými změnami, například vzhledu nebo tělesných funkcí. Mění se jeho osobnost, aktivita, emoční regulace, ale také sociální okolí. Ačkoliv i stáří je životní etapa, která má své zisky, na poli sociálním zažívají lidé spíše ztráty. Musí se vyrovnat s tím, že vrstevníci, kteří se dlouhá léta vyskytovali v jejich okolí, mohou navždy odejít. Lidí, se kterými je možné vzpomínat na staré časy, s postupujícím věkem stále ubývá. Onemocnění může staré lidi přivést do situace, kdy jsou na svém okolí závislí. Mohou být také v roli pečovatele a poskytovatele opory, například nemocnému partnerovi. Těmito ztrátami v sociální síti může být narušena sociální integrace seniorů, která je důležitým předpokladem psychického zdraví a pohody jedince. Právě skrze sociální vazby, jako jsou přátelé či partner, se jedinci dostává možnost získat sociální oporu, kterou mohou v případě potřeby využít (Šolcová & Kebza, 1999). Obecně se má za to, že sociální opora má protektivní vliv na účinky negativních životních událostí, pozitivně působí jak na naše fyzické zdraví, tak pohodu. Vzhledem ke ztrátám v sociálních zdrojích se mohou senioři s těmito událostmi hůře vyrovnávat. Nejen z těchto důvodů by se tématu sociální opory u seniorů měla věnovat pozornost.

Tématem mé diplomové práce jsou psychologické charakteristiky sociální opory u seniorů. Cílem teoretické části je předložení analýzy dosavadních poznatků z oblasti sociální opory především ve vztahu k seniorům jako specifické skupině obyvatel. Empirická část si pak klade za cíl adaptaci Dotazníku k sociální opoře, který pochází z německojazyčného prostředí, a zmapování problematiky sociální opory u seniorů v České republice.

V teoretické části se jednotlivě zabývám tématem *stáří a stárnutí a sociální oporou*. V poslední kapitole se pak pokouším o integraci poznatků z předchozí teoretické analýzy a věnuji se *charakteristikám sociální opory u seniorů*. Empirická část je věnovaná výzkumu na téma sociální opora u seniorů, kde je prezentována studie mapující problematiku sociální opory v kontextu českých seniorů.

Téma práce vychází z potřeby lépe pochopit problematiku seniorů, jejichž zastoupení v české populaci narůstá a porozumění této skupině je stále limitované. Demografické ukazatele jasně ukazují na zvětšující se podíl seniorů v populaci nejen v České republice (Český statistický úřad, 2004). Přesto je naše povědomí o sociálních vazbách seniorů velmi omezené. Zejména široká veřejnost vnímá seniory spíše jako osamělé osoby, jejichž nejčastějším společníkem je domácí mazlíček (Sak & Kolesárová, 2012).

Zmapováním této problematiky a jejímu porozumění můžeme přispět ke změně pohledu na seniory a tím pádem také k jejich lepší integraci do společnosti. Je třeba pochopit a respektovat přirozené změny v sociálním poli seniorů. Mnoho seniorů je schopno si samo zabezpečit dostatek sociálních zdrojů. Těm, kteří jsou z nějakého důvodu izolovaní, bychom měli pomoci naplnit tyto přirozené sociální potřeby, tak aby nebyli skupinou ohroženou nedostatkem sociálních kontaktů a sociální opory. Souvislost jak fyzického, tak duševního zdraví se sociální oporou je dostatečným důvodem, proč bychom se tomuto tématu měli věnovat.

1. Teoretická část

Teoretická část je rozdělena do tří hlavních kapitol. V prvních dvou se postupně zabývám tématem stáří a sociální opory. Třetí část je věnovaná integraci dvou předchozích témat a zabývá se psychologickými charakteristikami sociální opory u seniorů.

V kapitole stáří a stárnutí se budu nejdříve zabývat tím, co to je stáří a stárnutí, kolik je mezi námi starých lidí a jak stáří vnímáme. Následovat budou podkapitoly, které shrnují hlavní poznatky biologických, psychických a kognitivních a sociálních změn ve stáří. Největší pozornost je věnovaná změnám sociálním, neboť se nejvíce dotýkají tématu práce. Další kapitoly se věnují tematice úspěšného stárnutí a stresu ve stáří.

Kapitola o sociální opoře se v prvé řadě zaměří na různá dělení, koncepty a modely sociální opory. Další část budu věnovat vztahu sociální opory ke zdraví a nemoci. V kapitole o prediktorech sociální opory se pokusím najít ty faktory, u kterých se ukázala souvislost se sociální oporou. Poslední část se pak zabývá možnostmi měření sociální opory.

Ve třetí části se zaměřím na specifika sociální opory u seniorů. Podívám se na to, jak se v tomto věku mění jednotlivé typy a koncepty sociální opory a jak ovlivňují sociální oporu ve stáří její prediktory. Další podkapitola bude věnovaná sociální opoře a typickým stresovým událostem ve stáří. Nezapomenu také na seniory jako poskytovatele sociální opory.

Vzhledem k relativně velkému rozsahu textu je na konci každé z těchto tří kapitol uveden souhrn, který poskytuje stručný přehled daného tématu.

1.1 Stáří a stárnutí

Problematika stárnutí je bezesporu široké téma, kterým se současně z různých úhlů zabývá mnoho oborů. Věda o stáří a stárnutí se nazývá gerontologie, zdravotním a funkčním stavem ve stáří se zabývá geriatrie, duševním stavům specifickým pro stáří se věnuje gerontopsychologie a gerontopsychiatrie (Haškovcová, 2010). Stáří a stárnutí se však netýká jen těchto disciplín, své k tomu může říct i sociologie či demografie.

Stáří a stárnutí je hodně spojováno s představou starého a nemohoucího člověka (Haškovcová, 2010). Stárnutí je však proces, který nás doprovází již od narození. Všichni neustále postupně stárneme, i když je pravda, že tento proces není kontinuální a je relativně individuální.

Rozlišujeme optimální, normální nebo patologické stárnutí (Vepřeková, 2012). U úspěšného stárnutí se funkční schopnost zachovává na velmi dobré úrovni. U normálního stárnutí pozorujeme jen takové změny ve funkčnosti, jaké můžeme sledovat u většiny zdravé populace. Patologické stárnutí zahrnuje vážné narušení funkčnosti až demenci.

Stárnutí se vyznačuje jak společnými znaky, které se týkají každého stárnoucího jedince, tak znaky individuálními, které jsou specifické pro konkrétního jedince. Společnými charakteristikami mohou být (Pacovský, 1997, s. 55-60):

- *proces stárnutí jako individuální plán,*
- *proces postihující celého člověka, jak oblast biologickou, tak psychickou a sociální,*
- *asynchronní stárnutí, kde jednotlivé orgány nestárnou stejně rychle,*
- *involute různých struktur a funkcí,*
- *snížení schopnosti adaptace.*

Interindividuální rozdíly mohou mít vliv na dosaženou úroveň fungování konkrétních oblastí, na míru či sklon změny v konkrétním životním období nebo mohou ovlivňovat načasování jednotlivých změn (Heckhausen, 2005). Na interindividuální rozdíly může mít vliv mnoho faktorů, jako jsou genetické faktory, pohlaví, socio-ekonomická úroveň, úroveň socializace jedince nebo jiné individuální

činitele. Některé z příčin, jako např. náš životní styl, můžeme ovlivnit a do jisté míry změnit, jiné, jako třeba genetické faktory, změnit nemůžeme (Ondrušová, 2011).

Stáří je nejčastěji určováno věkem, i to je však relativní (Haškovcová, 2010). Pro adolescenta může být starým člověkem padesátník či jedinec ještě mladší a pro padesátníka to je zase třeba až sedmdesátník. Rozlišujeme **rané stáří** a **skutečné stáří**. Jako rané stáří bývá označován věkový interval od 60 do 74 let, i když se spodní hranice s věkem odchodu do penze někdy zvyšuje až na 65 let. Časový úsek od 75 do 89 let se nazývá stařecký věk neboli *sénium* a od 90 let hovoříme o dlouhověkosti. Podle Příhody (1974) můžeme dělit stáří na **senescensi**, která trvá od 60 do 74 let, **sénium** trvající do 90 let věku a období nad 90 nazýváme **patriarchum**. V zahraniční odborné literatuře se vžil pojmy **young old**, **old old** a **very old old** nebo také **oldest old** (Haškovcová, 2010).

Spodní hranice raného stáří tak stále ještě relativně kopíruje hranici odchodu do důchodu. Dnešní kalkulace (např. důchodová kalkulačka na serveru *peníze.cz*) však ukazují, že hranice odchodu do důchodu je pro dnešní osmnáctileté až 71 let. Tato společenská změna bude vyžadovat buď předefinování věku, který označujeme jako stáří, nebo předefinování konceptu časného či raného stáří, kdy budeme na „mladého seniora“ pohlížet ne jako na důchodce, ale jako na ekonomicky aktivního člověka.

Toto jemnější rozlišení staršího věku má svůj význam, neboť charakteristiky a specifika čerstvých důchodců kolem 70 let jsou jiné než specifika osmdesátníků nebo devadesátníků (Haškovcová, 2010). Zatímco se problematika mladých seniorů zaměřuje na problémy odchodu do důchodu či nárůstu volného času bez vážnějších zdravotních omezení, tak problémy dlouhověkých jsou charakterizovány spíše zdravotními obtížemi, až ztrácením soběstačnosti či osamělostí.

Navzdory demografickým trendům se výzkumy příliš nevěnují jednotlivým etapám stáří, většinou se zabývají obecně kategorií 65 plus bez rozlišení specifík různých věkových skupin v rámci stáří (Poon, Jang, Reynolds & McCarthy, 2005). Například dlouhověcí jsou svým způsobem „přeživší“ a může být zajímavé zkoumat charakteristiky, které mohly vést k dosažení jejich vysokého věku.

Pro řadu osob může **odchod do penze** představovat traumatizující zážitek spojený s pocitem vyřazení či odstrčení (Haškovcová, 2010). Dochází totiž k úplně novému uspořádání života, na který nejsme zvyklí a mnohdy ani připravení. Nevíme vlastně, jak si vytvořit nový styl života. Tento přechod může být z hlediska ztráty role těžší právě

pro ty, kteří vykonávali specializovanou profesi a věnovali jí valnou část svého času. Nová sociální role důchodce s sebou může přinášet pocity marnosti, zbytečnosti nebo závislosti. Tématem však není jen opuštění práce, ale také opuštění svých kolegů a známých a tím vyloučení z mnoha přirozených sociálních vazeb, které budou moci dále pěstovat jen za odlišných podmínek.

Schopnosti nalézt náhradní činnost, která by naplnila potřebu lidí po uplatnění a prospěšnosti i v důchodovém věku, říkáme druhý životní program (Haškovcová, 2010). Může jít například o rozvíjení zájmových činností, které se mohou propojit až do společenské sféry (např. navštěvování či vedení zájmově zaměřených klubů), další vzdělávání (např. na univerzitě třetího věku) nebo dobrovolnou činnost. Faktem totiž zůstává, že mladí senioři se v čase odchodu do důchodu většinou těší dobrému fyzickému i psychickému zdraví.

Hlavním tématem vlastního stáří se postupně stává **zdravotní stav**, který určuje úroveň samostatného zvládání každodenního života. V míře této každodenní funkčnosti jsou mezi starými a dlouhověkými obrovské rozdíly, které pokrývají jak naprostou soběstačnost a funkční nezávislost, tak chatrnost a závislost (Poon, Jang, Reynolds & McCarthy, 2005).

1.1.1 Demografické trendy

Trend stárnoucí populace sledujeme napříč celou Evropou. Dochází ke kontinuálnímu prodlužování střední délky života i k nárůstu podílu této věkové skupiny v celkové populaci. Střední délka života se v České republice neustále prodlužuje a v roce 2011 dosahovala 74,7 let pro muže a 80,7 let pro ženy (Český statistický úřad, 2013).

V některých zemích jde zastoupení seniorů (osob starších 65 let) až k hranici 20 procent z celkového počtu obyvatel (Český statistický úřad, 2012). Pouze ve dvou evropských zemích překračuje počet seniorů hranici 20 procent, jsou to Německo (20,6 %) a Itálie (20,3 %). Nejméně seniorů pak žije v Makedonii (11,7 %) a Irsku (11,6 %). Česká republika je se svými 15,5 % obyvatel starších 65 let představuje nižší průměr. Podobně jako Česko je na tom např. Malta či Nizozemí. Na Slovensku (12,4%) žije

přibližně o 3 procenta méně seniorů než u nás. Podle Českého statistického úřadu (2004) by mělo procentuální zastoupení osob starších 65 let stále přibývat. Podle střední varianty demografické projekce by mělo v České republice v roce 2030 tvořit 22,9% populace senioři nad 65 let věku, v roce 2050 by měl jejich podíl stoupnout na 31,3 %, což představuje 2,3, resp. 2,9 miliónů obyvatel. Vzhledem ke konstantnímu prodlužování věku odchodu do důchodu však můžeme předpokládat, že procentuální podíl důchodců v populaci bude nižší, protože lidé budou do důchodu odcházet až kolem 70 let a ve věku 65 let budou stále ekonomicky aktivní.

Demografické trendy také ukazují celosvětový nárůst věkové kategorie nad 85 let v populaci (Poon, Jang, Reynolds & McCarthy, 2005). Lidé starší 85 let tvoří cca 1% celkové populace a asi 17% populace nad 65 let, přičemž v rozvinutých zemích se toto procento zvyšuje na 22%. Demografické modely ukazují na další nárůst počtu těchto obyvatel. Ve 27 zemích Evropské unie se předpokládá trojnásobný nárůst počtu obyvatel starších 80 let mezi léty 2011 až 2060 (Eurostat, 2013). Zatímco v roce 2011 tvořili lidé starší 80 let 4,8% populace Evropské unie, v roce 2060 by to mělo být 12%, což je o 2% méně než předpoklad pro populaci 0-14 let.

Jedna z nejvýraznějších charakteristik této věkové skupiny je genderová distribuce (Poon, Jang, Reynolds & McCarthy, 2005). Poměr mezi muži a ženami se v populaci starých lidí velmi mění. Zatímco pro věkovou kategorii 65 let je tento poměr 8,5 mužů na 10 žen, pro kategorii 85 to už je jen 4,2 muže na 10 žen. Díky vyšší očekávané délce života žen a jejich tendenci mít za manžely o něco starší muže jsou nejširší skupinou dlouhověkých neprovdané/ovdovělé ženy. Tento trend se objevuje i v České republice, kde v kategorii 60 let je přibližně 1,5 více žen (Holmerová et al., 2007). Tento rozdíl se dále prohlubuje a v kategorii 85 let připadají na jednoho muže 3 ženy. Na základě tohoto faktu se někdy říká, že stárí je problémem starých žen. Rozdíl v délce života žen a mužů se však v zemích Evropské unie pomalu snižuje (Eurostat, 2013). Během let 2002 a 2009 se naděje na dožití při narození u žen zvýšila o 1,7 roků, u mužů pak o celých 2,1 let.

1.1.2 Vnímání seniorů v České republice

Pokusy o změnu pohledu na seniory jsou představovány různými snahami o propagaci aktivního stárnutí v celé společnosti. Rok 2012 se například stal **Evropským rokem aktivního stárnutí a mezigenerační solidarity**, jehož cílem byla podpora aktivního stárnutí a zaměstnanosti ve stáří, podpora aktivní účasti starších osob na společenském dění a také podpora nezávislého a soběstačného života. Celkově si tento program kladl za cíl „*usnadnit vytvoření kultury aktivního stárnutí založené na společnosti vstřícné pro všechny věkové skupiny*“ (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2012). V rámci Ministerstva práce a sociálních věcí pak probíhal program nazvaný **Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012 (Kvalita života ve stáří)** (Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2012). Priority vytyčené v tomto programu byly aktivní stárnutí, prostředí a komunita vstřícná ke stáří, zlepšení zdraví a zdravotní péče ve stáří, podpora rodiny a pečovatелů, podpora participace na životě společnosti a ochrana lidských práv. Jejich plnění je úkolem, který se týká všech sektorů a úrovní veřejné správy.

To vše má za úkol přispět nejen ke změnám, které by vedly ke zkvalitnění života současných seniorů, je to ale také pokus změnit obraz seniora, tak jak je v současné době vnímán naší kulturou v očích široké veřejnosti. V naší společnosti stále převládají vůči seniorům negativní stereotypy, které mají za následek despekt a nedostatek porozumění vůči této generaci (tisková zpráva z 19. 6. 2012, Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2012). Tyto negativní stereotypy jsou podporovány naším kulturním zázemím, které upřednostňuje image mladých a krásných osob jako ideálního životního stylu (Featherstone & Hepworth, 2005). Na druhé straně pak stojí negativní představy, do kterých spadají např. tlustí, ale také staří lidé. Vlivem společnosti a médií tak vzniká negativní obraz o stáří, který je popsatečný výrazy jako křehký, zapomenutelný, zchátralý, staromódní a na pokraji senility a smrti. Má se za to, že k zlepšení kvality života starého věku nestačí pouze lepší medicínské zázemí, ale je třeba, aby se změnil celkový postoj ke stárnutí. Přihlédneme - li k problému celkového stárnutí populace, je to úkol o to důležitější.

S proměnnou demografické struktury obyvatelstva vzniká tedy otázka, jak česká společnost seniory vnímá. Na toto a další témata spojená se seniory bylo provedeno

několik výzkumů (Sak & Kolesárová, 2012). Očima české společnosti se člověk stává seniorem mezi 60. a 70. rokem života. Pojem seniora je spojován především s představou stáří, starého člověka, starce. Druhým nejčastějším znakem seniora je socioekonomický status vyjádřený charakteristikami jako „nepracuje, má důchod“. Lidé si seniora spojují také s představou prarodičů, zhoršeného zdravotního stavu a množství volného času. Pozitivní konotace, jako např. moudrost, zkušenosti či nadhled, si s pojmem seniora spojují asi jen dvě procenta populace.

Seniorský věk osobně znamená pro 12% celé populace hrozbu, o něco vyšší podíl se na toto životní období těší, popř. si jej již užívají, kolem poloviny populace se ani nebojí ani netěší. Z hlediska věku respondentů je nejmarkantnějším rozdílem část populace, která nad seniorským věkem nepřemýšlí, u celkové populace to je 24%, u osob ve věku 15-29 let pak 37%. Dalším zajímavým výsledkem je rozdíl z hlediska vzdělání, kde 17% populace bez maturity vnímá seniorský věk jako hrozbu, u vysokoškolsky vzdělaných to jsou pak pouze 3%. Asi tři čtvrtiny populace se obávají nemoci, 54% finanční a existenční nouze, 49% osamocení, o něco méně se lidé obávají smrti, ale také nedostatku lásky, respektu a úcty. Jistá pozitiva v seniorském věku vidí polovina populace, jde především o volný čas (56%), zájmy (23%), odpočinek (15%) a rodinu s vnoučaty (11%).

Podle názoru celkové populace se v sociálním poli seniora nejčastěji (51%) vyskytuje domácí mazlíček, nejvýznamnější postavou v sociálním poli je pak manžel/ka či partner/ka seniora (Sak & Kolesárová, 2012). Sami senioři však jako osoby, se kterými mají nejčastější kontakt, vidí vnoučata, děti, zdravotnický personál, manžela/manželku a zvíře. Nejvýznamnějšími pro ně jsou děti, vnoučata, manželka, personál, přátelé a zvíře. Velmi slabou pozici v sociálním poli českých seniorů zastupují sousedé. Je patrné, že navzdory celkovému nepříliš pozitivnímu vztahu mezi generacemi, se v české společnosti drží silný vztah mezi mladými a jejich vlastní babičkou a dědečkem.

Velkou část volného času seniorů tvoří sledování televize, kdy jde o přibližně 3 hodiny denně, což představuje dvojnásobek času ostatní populace (Sak & Kolesárová, 2012). Internet se podepsal na trávení času u populace seniorů také, kde 10% z nich navštěvuje internet každý den a využívají jej i osoby starší 70 let. V tomto věku klesá v České republice návštěvnost hospod, to je však vyváжено vzájemným navštěvováním

doma. Starší senioři vedou relativně bohatý sociální život, 40% seniorů nad 70 let přijde o víkendů někdo navštívit.

Zhoršení zdravotního stavu je spojeno teprve s věkem nad 70 let (Sak & Kolesárová, 2012). Zdravotní stav seniorů ve věku 61 až 70 let se blíží spíše stavu střední generace, 79% lidí v tomto věkovém intervalu se těší velmi dobrému zdraví. Naproti tomu potřebuje zhruba polovina osob nad 71 let různou míru pravidelné lékařské pomoci.

1.1.3 Biologické změny ve stáří

Proces stárnutí je doprovázen nejen psychologickými či sociálními změnami, ale také změnami fyziologickými. Mezi nejčastější patří zhoršení fungování smyslových orgánů a lokomočního aparátu (Hrdlička & Hrdličková, 1999).

Ačkoliv je proces stárnutí individuální, existují obecné charakteristiky, které postihují různé systémy (Holmerová et al., 2007). Celkově je snížena *adaptační schopnost* a staří lidé se hůře přizpůsobují vnitřním či vnějším změnám. V *srdečním a cévním systému* sledujeme snížení elasticity a snížení průtoku krve. Dále pozorujeme pokles vnitřní srdeční frekvence. Nejčastějším onemocněním je ischemická choroba srdeční. V *respiračním systému* dochází k poklesu inspiračního a expiračního tlaku a k poklesu vitální kapacity plic.

Procesem stárnutí prochází také *gastrointestinální trakt*, dochází k poklesu tonu svěračů, poklesu elasticity žlučníku, atrofii pankreatu a snížení hmotnosti jater (Holmerová et al., 2007). Proces *vylučování* také zaznamenává změny. Funkce ledvin je snížena, čímž dochází ke zhoršení filtrační a koncentrační schopnosti. Stárnutí je také spojeno se změnami v *hemokoagulaci*, sledujeme úbytek kostní dřeně, snížení bohatosti krevních elementů.

Mění se také *tělesné složení*, přibývá nám tukové tkáně a naopak ubývá svalové a kostní hmoty (Holmerová et al., 2007). Úbytek svalové hmoty a kostní denzity může mít za následek častější zlomeniny. Stárnutím se nám mění také *kůže*, kde dochází k degeneraci elastických a kolagenních vláken, úbytku podkožního tuku a potních žláz. *Hormonální změny* se ve stáří dějí u obou pohlaví, u mužů sice nesledujeme takový

výrazný pokles jako u žen, ale spíše pomalý a kontinuální proces. U mužů klesá hladina testosteronu, u žen se zase hladina testosteronu zvýší a hladina estrogenu zůstává na minimu. Ve stáří sledujeme také úbytky růstového hormonu. Tyto hormonální změny dále ovlivňují náš zdravotní stav, v menopauze mohou např. zvyšovat riziko osteoporózy skeletu. Stárnutí postihuje také *nervový systém*, sledujeme senzorické poruchy, zpomalení myšlení, demence a deprese.

Smysly

Zhoršení senzorických funkcí je jedním z charakteristických znaků stárnutí. Stárnutí samo o sobě je největším rizikovým faktorem, a tak se zhoršení smyslů nevyhne nikomu a považujeme jej za znak normálního stárnutí (Margrain & Boulton, 2005).

Zrak je pravděpodobně naším nejdůležitějším smyslem. S věkem se snižuje schopnost akomodace, která spolu s postupnou tendencí k hypermetropii vede k prvním znakům stárnutí zraku – k presbyopii (Margrain & Boulton, 2005). Další funkce, která obecně s věkem klesá, je schopnost rozlišit kontrastní prostorové detaily, jedná se o tzv. zrakovou ostrost. Klesá také schopnost rozlišit časové vjemy (blikající světlo apod.) a barvy. Ve stáří jsou nejhůře rozlišitelné krátké vlnové délky (modrá) a dochází tak k celkovému zabarvení do žluta. Je dobře doloženo, že zhoršení zraku může přispívat ke vzniku depresí, zranění a sociální izolace.

Ztráta sluchu je jedna z nejčastějších chronických zdravotních problémů ve stáří avšak míra ztráty sluchu se interindividuálně velmi liší (Margrain & Boulton, 2005). Staří lidé považují ztrátu sluchu za sociálně stigmatizující a nevyhnutelnou, a proto ne všichni vyhledávají pomoc (Fook & Morgan, 2000). Mezi psychosociální důsledky ztráty sluchu může patřit snaha vyhnout se chození ven, paranoidní tendence mohou být akcentovány a souviset s rozvojem úzkostí a deprese, vztah s rodinou a přáteli může být zhoršen. Při závažné ztrátě sluchu může být ohroženo samostatné bydlení, v případě kdy jedinec neslyší zvonek, telefon ani sirénu. Největší efekt má ztráta sluchu na komunikaci.

Typickým znakem stárnutí je také pokles v citlivosti nebo úplná ztráta chemických smyslů (chuť a čich) a může vést ke špatné výživě, neschopnosti rozpoznat nepoživatelné jídlo, například zkažené nebo kyselé, a ztráty požitku z jídla (Schiffman &

Graham, 2000). Také na úrovni hmatu se odehrávají změny. U starých lidí dochází běžně k redukci citlivosti k taktilním a vibrotaktilním stimulům (Margrain & Boulton, 2005). Změny se týkají rovněž propriorecepce (Holmerová et al., 2007). Starý člověk hůře vnímá své tělo, jeho polohu a pohyb. Také proto se u starých lidí vyskytuje větší riziko pádů.

1.1.4 Psychické a kognitivní změny

Psychické změny se týkají zejména osobnostních změn, změn ve struktuře inteligence, která se projevuje nárůstem vědomostí a prodlužováním reakční doby, zpomalováním psychomotorického tempa, které může ústít do zabíhavého myšlení či problémů s krátkodobou pamětí, které označujeme jako „*benigní stařeckou zapomnětlivost*“. Změny spojené se stárnutím se dotýkají také emočního prožívání, volního úsilí a motivace (Holmerová et al., 2007).

Kognitivní poruchy ve stáří se týkají postižení vyšších korových funkcí, jako jsou zpracovávání informací, schopnost učení, rozhodování, plánování či organizování činností, přičemž se mohou vyskytovat samostatně nebo současně (Vepřeková, 2012). Současný výskyt pak označujeme jako globální kognitivní poruchu.

Kognitivní gerontologie je obor, který zkoumá a snaží se pochopit, jak biologické změny, zejména v mozku a nervovém systému, mění mentální schopnosti a chování v pokročilém věku. Tato disciplína se ptá na to, kdy se poprvé objevují tyto změny, jak rychle se rozvíjejí a jaké jsou individuální rozdíly (Rabbitt, 2005). Kognitivní změny zaznamenávají obrovské interindividuální rozdíly, ty jsou způsobeny interakcí mnoha faktorů od dědičných predispozic až po životní styl a výživu či dostupnost lékařské péče.

Intelligence a moudrost

Posouzením inteligence ve starším věku se zabývala Berlínská studie stáří (Berlin Aging Study; Lindenberger & Baltes, 1997). Senioři od 70 do více než 90 let byli rozděleni do šesti skupin a jejich výkony v kognitivních testech byly porovnávány. S postupem věku docházelo k postupnému zhoršování všech pěti oblastí intelektových schopností,

které byly rozděleny do skupiny mechanické (fluidní) inteligence a pragmatické (krystalické) inteligence. Do první skupiny patřila rychlost vnímání, usuzování a paměť, do té druhé pak fluence a znalosti. Výsledky ukázaly, že jak mechanické tak pragmatické složky zůstávají zachovány a jsou rozlišitelné do vysokého věku. Obecně se s věkem zvyšovaly rozdíly ve fluidní inteligenci spíše než v krystalické, v obou složkách docházelo k úpadku, u fluidní byl však tento trend zřetelnější. S úrovní obecné inteligence pozitivně korelovaly jak sociodemografické údaje (např.: příjem, vzdělání) tak senzorické a senzomotorické proměnné (např.: rovnováha, sluch, zrak). Při tréninku paměti za použití pro participanty nových metod se ukázalo, že plasticita paměti je, ač velmi redukováně, zachována až do velmi vysokého věku (Singer, Lindenberger & Baltes, 2003).

V jiném srovnání intelektuálních schopností různých věkových skupin (young-old a old-old) kognitivně zdravých jedinců se ukázalo, že století vykazují signifikantně horší schopnost učit se nové informace nebo si vybavit známé informace v inteligenčních testech než jejich mladší kolegové, šedesátníci či osmdesátníci (Poon et al., 1992). Naopak v řešení každodenních problémů nebyly mezi těmito věkovými skupinami signifikantní rozdíly. Vzdělání se také ukázalo mít pozitivní efekt ve snižování výkonových rozdílů s mladší populací, a to především u stoletých.

Kromě obecné inteligence se ve stáří uplatňují i jiné schopnosti, které jsou založeny na vědomostech a dovednostech ukotvených v kultuře. Ve stáří můžeme více využívat kulturně podmíněné faktické či procedurální vědomosti a informace o světě a lidských vztazích. Na základě tohoto předpokladu byl vytvořen **model moudrosti** jako expertních znalostí (Baltes & Staudinger, 1993). Moudrost jako expertní znalost je definována jako schopnost dobrého úsudku a rady v důležitých, ale nejistých záležitostech života. Moudrost pak obsahuje pět oblastí: vědomosti, které berou v potaz nejistoty života; ty, které zohledňují relativitu hodnot a životních cílů; ty, které zvažují kontext životních a společenských změn; strategické a faktické znalosti. Stáří však není samo o sobě zárukou moudrosti. K jejímu rozvoji jsou zapotřebí také dispozice vztahující se k osobnosti (např. otevřenost nové zkušenosti), roli hrají také faktory zkušenosti (např. trénink). Zdá se, že moudrost pozitivně souvisí s životní spokojeností ve starším věku (Ardelt, 1997). V této studii byla moudrost měřena jako kombinace kognitivní (např. objektivita, logická analýza), reflektivní (introspekce, absence

projekce) a afektivní (empatie, absence negativismu) komponenty, přičemž u mužů byla moudrost více charakterizována kognitivní složkou, u žen zase afektivní.

Kompetence v každodenním životě

Každodenní kompetence můžeme chápat jako schopnost se přizpůsobit a zvládat životní úkoly, k jejichž úspěšnému dosažení využíváme svých emočních, kognitivních a sociálních komponent (Masterpasqua, 1989). Tyto komponenty pak zahrnují verbální a neverbální intelektové schopnosti ke správnému pochopení okolí, paměť k uchování informací, rysy osobnosti umožňující uvědomění si emocí a emoční kontrolu, interpersonální dovednosti k zajištění dostatečné sociální opory a přiměřený pocit sociální kontroly a sebe účinnosti. Každodenní kompetence starých lidí můžeme chápat jako výsledek interakce mezi aktivním jedincem a jeho fyzickým a sociálním okolím, přičemž tyto kompetence neexistují ve vakuu a proto musíme zohledňovat kulturní a kontextuální variabilitu (Diehl, 1998). V dnešní době může například schopnost používat mobilní telefon a internet patřit k úspěšnému zvládání životních úkolů, což ještě před deseti či dvaceti lety nemuselo platit.

Kompetence každodenního života souvisí s mírou soběstačnosti, tedy se schopností vést samostatný, nezávislý život. V měření soběstačnosti používáme dvě škály, kterými jsou základní aktivity denního života a instrumentální aktivity denního života (Holmerová et al., 2007). **Základní aktivity denního života** zahrnují takové aktivity, které vypovídají o zvládnutí základní sebeobsluhy. Mezi ně patří např. schopnost se najíst a napít, vykoupat se, použít WC nebo chodit po schodech. Samo zvládnutí těchto základních aktivit neznamena, že je osoba schopná žít v samostatné domácnosti. K tomu slouží spíše **posouzení instrumentálních aktivit denního života**, které zahrnují např. nakupování, telefonování, vedení domácnosti či nakládání s finančními prostředky.

Měření každodenních kompetencí by mělo hodnotit úroveň kompetencí ze tří pohledů: pozorování výkonu starých osob, jejich sebehodnocení a hodnocení jiných (např. partner, ošetřovatel) (Diehl, 1998). V rámci hodnocení míry kompetencí bychom mohli také pracovat se spokojeností či očekávanou úrovní kompetencí u starých lidí jak z jejich vlastního pohledu, tak z pohledu rodinných příslušníků či pečovatelů. Touto problematikou se však nezabývají žádné specifické studie.

Každodenní kompetence starých lidí pozitivně souvisí s jejich celkovým fyzickým zdravím a smyslovým fungováním (Diehl, 1998). Kompetence jsou také vztaženy ke kognitivnímu fungování a to tak, že pokles kognitivních schopností souvisí se zhoršeným zvládáním každodenních úkolů a s poklesem paměti. Míra funkčního statusu starých lidí souvisí také s osobní pohodou. Obecně platí, že čím nižší je úroveň každodenních kompetencí, tím nižší je sebevědomí a životní spokojenost starých lidí, ale také tím vyšší je užívání zdravotní péče a riziko mortality. Snahy o zvýšení či zachování každodenních kompetencí jsou důležité nejen z pohledu starých lidí jako takových, ale také z pohledu celé společnosti.

Emoce

Stárnutí znamená také změny v citovém prožívání. Změny se týkají emoční regulace, lability či prožívání negativního afektu. Emočním prožíváním ve stáří se zabývá teorie socioemočního výběru, která popisuje tři změny v emoční regulaci stárnoucích lidí, přičemž příčinu těchto změn hledá v motivaci (Carstensen, Fung & Charles, 2003). Za prvé jde o zvýšenou tendenci preferovat emočně významné sociální partnery před ostatními. Za druhé se jedná o změny v zacházení s negativními afekty a za třetí jde o vliv na kognitivní procesy, kdy mají staří lidé tendenci pamatovat si lépe pozitivně než negativně zabarvené informace. Také autobiografické vzpomínky dostávají s časem stále pozitivnější ladění. Dále mají vyšší tendenci zapojovat do zvládání stresových událostí emočně zaměřené strategie, což přispívá k jejich pocitu emoční kontroly. Staří lidé prožívají stejně nebo více pozitivního afektu a méně negativního afektu než lidé mladší. Pokud již prožívají negativní emoce, jsou schopni se rychleji vrátit k pozitivnímu naladění. Také jejich reaktivita a vyjádření negativních emocí je nižší.

K poruchám, které u starých lidí v této oblasti pozorujeme, pak patří především emoční labilita (Doněk & Doňková, 1994). Starý člověk může být velmi náladový, pod vlivem okolí může díky zvýšené sugestibilitě lehce přecházet z jedné do druhé. Část starých lidí má sklon k úzkostným nebo depresivním stavům.

Osobnost

To, že všichni stárneme jinak, může být do jisté míry dáno rozdílnými rysy osobnosti (Pacovský, 1997). Naše výrazné povahové rysy mají během stárnutí tendenci nabírat na intenzitě. Tato akcentace povahových rysů může vést k extrémnímu vyjádření dříve mírnějších vlastností. Obecně se s léty zvýrazňují spíše negativní vlastnosti člověka. Ze spořivého člověka se může stát skrbík, z úzkostného člověka pak třeba silný hypochondr. Proto se říká, že starý člověk karikuje svou vlastní povahu.

Změny v osobnosti však nemusí být pouze výsledkem procesu stárnutí, mohou to být také reakce na nové životní události. Stanou-li se projevy příliš nápadné či nestandardní je třeba uvažovat o vzniku chorobného procesu (Vepřeková, 2012). Během stárnutí se často setkáváme také s pozitivními změnami v psychice, dochází ke zvýšení rozvahy a trpělivosti, názory a vztahy se stávají stabilnější (Doněk & Doňková, 1994).

Rysy osobnosti se u starého člověka mohou měnit pro stáří typickým způsobem (Vágnerová, 2007). Extraverze nabírá s věkem klesající tendenci, která je silnější u mužů než u žen a může vést až k samotářství. Ve stáří se člověk stává labilnějším a méně vyrovnaným, tento postup může vést i ke stavům úzkosti. Také otevřenost novým zkušenostem, zvědavost a kreativita s věkem klesají, naopak sklon ke svědomitosti a pečlivosti může narůstat a vyústit až v pedanterii. Ochota a přátelskost se mohou ve stáří projevit v obou pólech, člověk se může stát důvěřivějším, ale také podezřavějším a egocentričtějším.

Proměnou během stárnutí může procházet také náš vnitřní hodnotový systém a motivace (Pacovský, 1997). Může jít o změnu hodnot a motivace k určitým aktivitám, ale také o jejich akcentaci a upozadění aktivit ostatních.

Deprese

Výzkumy zabývající se depresí u starých lidí prokázaly, že lidé od 60 let věku mají vyšší sklon trpět depresivními symptomy (Poon, Jang, Reynolds & McCarthy, 2005). Statistické reporty ukazují, že cca 21% lidí od 80 do 84 a 23% ve věku 85 plus trpí silnými depresivními symptomy. Deprese ve starším věku bývá spojována také se zhoršením kognitivních funkcí, které mohou přetrvávat i po léčbě depresivních symptomů a které u některých osob představují jeden z rizikových faktorů pro rozvoj

demence (Bhalla & Butters, 2011). U starších lidí s depresivní symptomatikou se nejčastěji setkáváme s celkovým zpomalením procesu zpracovávání informací a zpomalení exekutivního fungování. Tyto doprovodné jevy pak mohou přispívat ke zhoršení pacientova zdravotního stavu, mohou komplikovat léčbu deprese, mohou mít vliv na návrat do běžného života a celkovou kvalitu života (Vepřeková, 2012). Deprese u starých však bývá často nerozpoznána a namísto toho bývá mylně diagnostikována demence. V takových případech hovoříme o tzv. pseudodemenci, kdy pacient nemá náladu, ztrácí motivaci a zpomaluje se mu psychomotorické tempo. K nepřesné diagnostice může docházet proto, že deprese ve stáří bývá hůře rozpoznatelná (Vojtěchovský, 1994). Symptomatologie je často atypická, projevy deprese jsou častěji vyjádřeny na úrovni tělesných problémů, pacient může přicházet s bolestmi a s tělesnými obtížemi, např. trávicího ústrojí, bolestí zad či břicha. U deprese starých je běžná vyšší míra kognitivních poruch, které nemusí odeznít. Průběh bývá závažnější s vyšším sklonem k chronicitě.

Změny v paměti

Paměť lze definovat jako schopnost přijímat, uchovávat a vybavovat si minulé vjemy, děje a poznatky, přičemž všechny tři složky mohou být postiženy (Hrdlička & Hrdličková, 1999). Změny v paměti mají vliv na fungování komplexních psychických funkcí, jako jsou myšlení a intelekt. Poruchy paměti jsou nespecifické zato rozšířené symptomy, které se mohou vyskytovat samostatně, většinou se však prolínají, až splývají s demencemi.

Poruchy paměti v rámci normálního stárnutí se většinou projevují zhoršenou vybavností zejména detailů, jako jsou jména, data a čísla (Vepřeková, 2012). Jedná se o podmíněný pokles kognitivních funkcí, který je charakterizován věkem nad 50 let, subjektivními potížemi a intelektuální výkon a sociální schopnosti odpovídají věku a nehrozí riziko přechodu do demence. Porucha se může projevovat až u 40% populace nad 65 let.

Obecně se ve stáří setkáváme se zhoršením vstřípivosti paměti (Vepřeková, 2012). Celkově dochází ke snížení schopnosti přijímat nové informace, zapamatování a dalšího zpracování těchto informací. Mnoho starých lidí si však lehce vybavuje staré vzpomínky,

tak často dochází k idealizaci vlastní minulosti a „starých dobrých časů“ (Pacovský, 1997).

V rámci normálního stáří se také setkáváme s kolísáním pozornosti, přičemž významné postižení schopnosti koncentrace je spojeno s demencí (Vepřeková, 2012).

Demence

Demence jsou jednou z nejrozšířenějších poruch ve stáří (Jirák, 1994). Patří mezi organická mozková onemocnění, mohou však mít i intoxikační původ a být reverzibilní. Jedná se o komplexní poruchu, která je spojena s narušením některých kognitivních funkcí, především paměti, myšlení, orientace, chápání, učení či řeči (Hrdlička & Hrdličková, 1999). Tyto změny kognitivních funkcí jsou pak doprovázeny narušením dalších psychických funkcí, jako jsou emotivita, volní vlastnosti nebo osobnost. Demence mohou narušit celý život postiženého. Začínají redukcí aktivity, později se přidává ztráta soběstačnosti a nakonec dochází ke ztrátě schopnosti komunikace a samostatného pohybu. Demence je v převážné většině ireverzibilní proces končící smrtí.

Rozlišujeme demence atroficko-degenerativní, mezi které patří Alzheimerova choroba, Pickova či Parkinsonova choroba, dále demence vaskulárního typu a sekundární demence (Jirák, 1994). Střední a těžký stupeň některého typu demence postihuje 4 - 6% osob ve věku 65 let, přičemž alespoň polovinu tvoří onemocnění Alzheimerovou chorobou. Tento typ demence je charakteristický plíživým začátkem a postupnou deteriorací paměťových, intelektuálních, instrumentálních a motorických funkcí. Vyskytují se emoční poruchy, z nichž nečastější je oploštění emotivity a úpadek vyšších citů. Narušena může být i motivace pacienta a jeho osobnost.

1.1.5 Sociální změny

Nedílnou součástí stárnutí jsou jak kvalitativní, tak kvantitativní změny v sociálním okolí stárnoucího jedince. Fenomény spojenými se stárnutím a sociálními změnami se zabývají některé teorie, např. teorie socioemočního výběru (Carstensen, 1992).

Mnoho výzkumů se také soustředí na konkrétní vztahy stárnoucích a starých lidí a jejich změny především v porovnání s dospělým věkem. Jde o zkoumání rodinných vazeb s dospělými dětmi, sourozenci či vnoučaty i vazeb mimorodinných, jako jsou vztahy s přáteli či sousedy. Často je kvantita či kvalita kontaktu seniorů zkoumána ve spojitosti s fenomény úspěšného stárnutí (např. životní spokojenost), sociální opory či výskytem depresivity a pocitů osamění.

Teorie vztahující se k sociálním vztahům v dospělosti a stáří

Fakt, že s věkem klesá kvantita sociálních kontaktů, je dobře doložen (Antonucci, Fiori, Birditt & Jackey, 2010). Vysvětlením tohoto fenoménu se v odborné literatuře věnuje několik teorií. Pravděpodobně nejznámější je **teorie socioemocionální selektivity** („*theory of socioemotional selectivity*“) (Carstensen, 1992). Další, která má přesah do staršího věku, je **konvojový model sociální sítě** („*the convoy model of social relations*“) (Kahn & Antonucci, 1980 podle Antonucci, Fiori, Birditt & Jackey, 2010). První teorie se dívá na starého člověka jako proaktivního jedince a vychází z předpokladu, že i starý člověk je schopen aktivně ovlivňovat své okolí a podílet se na podobě své sociální sítě. Druhá teorie pak spíše zkoumá strukturu sociální sítě, která je ovlivňována specifikami životní cesty a životního cyklu.

Teorie socioemočního výběru

Teorie socioemočního výběru se zaměřuje na to, jak rozdíly ve vnímání času ovlivňují motivaci v oblasti sociálních cílů (Carstensen, 1992). Teorie predikuje motivační změny, které jsou závislé na věku jedince, respektive na jeho vnímání času jako neomezeného či do budoucna limitovaného.

Teorie vychází z několika předpokladů (Carstensen, 1992). Prvním z nich je fakt, že člověk je predisponován k sociální interakci, konkrétně k zájmu o své sociální okolí a k sociálním vazbám. Za druhé vychází z toho, že chování jedince odpovídá jeho stanoveným cílům. Za třetí teorie předpokládá, že stanovení si cíle, kterého chceme svým chováním dosáhnout, vždy předchází jednání samotnému. Z toho tedy plyne, že lidé se snaží dosáhnout sociálních cílů a jednají podle toho, jaké tyto cíle jsou.

Sociální cíle mohou být obecně zařazeny do dvou kategorií: získávání znalostí a emoční regulace (Carstensen, Isaacowitz & Charles, 1999). Vyhledávání velkého množství kontaktů je motivováno převážně hledáním nových informací (např.: získávání znalostí o fungování okolního světa, předávání jazyka a hodnot). Kontakty motivované emocionální regulací zahrnují touhu najít smysl života, emocionální intimitu či pocit sociálního ukotvení. Rozdělení na dvě kategorie neznamená, že ostatní cíle jsou bez emocí, naopak každý cíl (cíleně řízené chování) obsahuje emoční složku. Teorie socioemocionální selektivity se však zabývá cíli, které jsou primárně zaměřené na získávání informací a emoční regulaci.

Hlavní rozdíl mezi mladými a starými není orientace na minulost, ale na přítomnost (Carstensen, Isaacowitz & Charles, 1999). Mladší lidé jsou orientovaní hlavně na budoucnost, zajímají se více o rozšíření svých obzorů a navázání nových vztahů, starší pak na přítomnost, usilují spíše o dosažení pozitivních emocí, prohloubení stávajících vztahů a okamžité emoční uspokojení. Teorie socioemociální selektivity proto navrhuje, že tyto tendence ve vnímání času vedou k vývojovým rozdílům ve výskytu cílů vztahujících se k získávání znalostí a emocionálnímu prožívání.

Dva druhy cílů spolu mohou v daný okamžik soupeřit. Jedinec musí zvážit relativní prioritu toho kterého cíle, tedy zda je pro něj důležitější zisk nových informací nebo emoční regulace (Carstensen, Isaacowitz & Charles, 1999). Teorie vychází z hypotézy, že hodnocení času hraje zásadní roli v rozhodování o tom, který z cílů bude sledován a jaké bude další chování. Lidé balancují své časové perspektivy: krátkodobá versus dlouhodobá časová perspektiva. Podle časového hlediska se rozhodují k sledování cíle, který je pro ně výhodnější. Perspektiva vzdálené budoucnosti je spjata převážně s cíli zaměřenými na zisk informací. Člověk se zaměřuje na to, aby byl připraven na budoucnost. Tento druh cíle nemusí zahrnovat okamžité emoční náklady nebo odměny. Když jedinec vnímá čas jako limitovaný, přechází od potřeby získávat nové znalosti (které jsou spojeny s představou nelimitovaného času) k naplnění potřeby, která je uspokojitelná v přítomnosti. V oblasti emoční regulace jsou lidé ve výběru sociálních kontaktů mnohem selektivnější. Opakovaně se ukazuje, že se starší lidé nejen méně zapojují do společenských aktivit, ale také se převážně stýkají s lidmi, kteří jsou jim blízcí a se kterými zažívají převážně pozitivní a hlavně předvídatelné emoční stavy (Lang & Carstensen, 1994).

Vnímání časového horizontu se váže (nejen) na biologický věk jedince. Studie s HIV pozitivními ukázala, že nejen staří lidé, ale i mladší, kteří prožívají vědomí konce, ukazují stejné priority (Carstensen & Frederickson, 1998). Jde tedy o funkci časové perspektivy, nikoliv chronologického věku.

Vzhledem k faktu, že ve starším věku začnou ztráty v oblasti kognice nebo tělesné kondice převažovat nad zisky, přizpůsobují staří lidé své osobní cíle tomu, čeho jsou schopni dosáhnout (Baltes, 1997). Teorie socioemocionální selektivity však ukazuje, že tento důvod ke změnám v motivaci není jediný. Časová perspektiva také ovlivňuje výběr cílů a hraje roli v motivačních změnách, které souvisí s věkem (Fung & Carstensen, 2004).

Konvojový model sociální sítě

Konvojový model sociální sítě staví na vývojových perspektivách teorie vazby (*“attachment theory”*), na teorii rolí a poznatcích z oblasti sociálních sítí a sociální opory (Kahn & Antonucci, 1980 podle Antonucci, Fiori, Birditt & Jackey, 2010). Konvojový model se na fungování vztahů dívá jak z perspektivy životního běhu či životní cesty (*„life course“*), tak z pohledu životního cyklu (*„lifespan“*) (Antonucci, Fiori, Birditt & Jackey, 2010). V rámci životního cyklu se zaměřuje na individuální vývojové charakteristiky, v oblasti životní cesty zkoumá sociální vztahy z pohledu měnících se rolí a úkolů.

Teorie konvojového modelu se řídí čtyřmi zásadami (Antonucci, Fiori, Birditt & Jackey, 2010). Říká, že sociální vztahy jsou mnohostranné. Vztahy se vyznačují různými charakteristikami podle důležitosti, kvality, frekvence kontaktu, poskytované sociální opory apod. V rámci konvojového modelu byly identifikovány tři druhy sociální opory: poskytnutí pomoci, emoce nebo přijetí (Antonucci & Kahn, 1980 podle Antonucci, Fiori, Birditt & Jackey, 2010). Pomoc představuje oporu ve smyslu instrumentální opory, jde například o pomoc v domácnosti nebo půjčku. Kategorie emoce je paralelní s emoční oporou. Třetí druh sociální opory poskytuje přijetí, souhlas nebo potvrzení hodnot. Přiměřenost sociální opory je psychologickou dimenzí konvojového modelu.

Dalším východiskem konvojového modelu je flexibilní reakce na změny v individuálních a životních podmínkách (Antonucci, Fiori, Birditt & Jackey, 2010). Tento předpoklad zdůrazňuje specifika životního cyklu a životní cesty. Perspektiva životního

cyklu vychází z teorie vazby a klade důraz na intraindividuální vývoj s ohledem na kognitivní, emoční a motivační procesy. Z pohledu životní cesty je brána v úvahu teorie rolí a vývojový kontext zohledňující změny v rolích, sociálních situacích a reflektuje také celospolečenské změny. Perspektiva životního cyklu nám dovoluje sledovat spojitosti mezi dřívějšími a pozdějšími vývojovými událostmi a procesy. Životní cesta sleduje vliv organizací, skupin a prostředí, v jejichž rámci dochází k našemu vývoji.

Konvojový model předpokládá, že sociální vztahy jsou ovlivňovány jak osobnostními tak situačními charakteristikami, které se časem mění, vyvíjejí a společně interagují (Antonucci, Fiori, Birditt & Jackey, 2010). Posledním východiskem je, že sociální vztahy ovlivňují jak zdraví, tak osobní pohodu jedince.

Proměny v sociální síti během individuálního vývoje je možné sledovat pomocí techniky hierarchického mapování („*The hierarchical mapping technique*“) (Antonucci, 1986). Užití této techniky poskytuje hodnocení rolí členů rodiny a přátel, kterou zastávají v sociální síti jedince. Diagram složený ze čtyř kruhů reprezentuje vztahy s různou úrovní blízkosti a ukazuje sociálně opornou síť. Metoda nabízí pohled na sociální síť z perspektivy jedince.

Sociální vazby

Prodlužování délky života jednotlivce má za následek delší setrvávání ve vztazích či rolích (Harper, 2005). Jedinec může déle setrvat v partnerském či sourozeneckém vztahu, je déle rodičem dospělého dítěte, prarodičem či dokonce pra-prarodičem. Na druhou stranu dochází důsledkem snižování porodnosti k tomu, že rodiny již nejsou tak široké. Roli sourozence zastáváme sice déle, máme však často jen jednoho. Stejně tak v roli rodiče jsme déle, máme však jen jedno nebo dvě děti. Obecným trendem je tedy nárůst mezigeneračních vztahů uvnitř rodiny a pokles těch, které jsou v rámci jedné generace.

S přechodem do velmi vysokého věku dochází k dalším změnám v sociálních sítích a vazbách (Poon, Jang, Reynolds & McCarthy, 2005). Většina dlouhověkých si stále uchovává sociální síť, povaha a velikost se však mění jednak se zhoršujícím se zdravotním stavem a jednak s odcházením blízkých osob a příbuzných. Obecně tak sociální síť dlouhověkých obsahuje méně osob než u mladých seniorů. Silné sociální

vazby však zůstávají a většina dlouhověkových má alespoň jednu důvěrnou osobu a průměrně více než pět lidí, které považuje za velmi blízké (Martin, Poon, Kim & Johnson, 1996). Často jsou těmito blízkými osobami dlouhověkových jejich vlastní děti. Co se týká sociální opory, je to nejčastěji rodina, která poskytuje pomoc, ale typ a intenzita této pomoci se mění podle rodiny a jejího kulturního zázemí. Bezdětní pak dostávají méně opory a jsou méně v kontaktu s příbuznými. Tím, že závislost dlouhověkových s sebou přináší potřebu zvýšené pomoci s každodenními aktivitami, vykazují tito lidé nižší sociální izolaci (Bondevik & Skogstad, 1998).

Ze sociálního okolí může senior čerpat mnoho pozitivních emočních prožitků a pocitů. Opomíjenou, ale přesto se vyskytující skupinou jsou však také senioři jako osoby ohrožené domácím násilím (Špatenková & Kasalická, 2011). Tato problematika se výzkumně a statisticky špatně podchycuje a čísla nejsou příliš vysoká, přesto může jít o relativně častý jev. Většina seniorů násilné chování ze strany sociálního okolí nepřizná nebo jejich mentální kapacita není taková, aby ohrožení byli schopni vyhodnotit. Neochota přiznat domácí násilí, které nejčastěji směřuje od rodinných příslušníků, může být zapříčiněna pocity ochrany a zodpovědnosti za tyto osoby, ale také faktickou závislostí na nich.

Rodičovství

Ústředním mezigeneračním vztahem je vztah mezi rodiči a dětmi. Ten za svou délku prochází vývojem a systematickými změnami. Když se děti stávají dospělými a rodiče stárnou, dynamika vztahu se mění, dá se však předpokládat, že charakteristiky vztahu v této etapě života závisí na historii konkrétního vztahu (Klaus, 2009). Nejen u vztahu mezi rodiči a dětmi se dá očekávat, že zážitky spojené s ranými fázemi vztahu budou ovlivňovat pozdější fáze.

Hlavními aspekty mezigeneračních vztahů je emocionální opora a materiální výpomoc (Bengtson & Roberts, 1991). Tak i vztah mezi dospělými dětmi a jejich stárnoucími rodiči je často charakterizován častým kontaktem, emoční blízkostí a výměnou či poskytováním jiných materiálních i nemateriálních zdrojů. Pomoc poskytovaná dospělými dětmi stárnoucím rodičům se vysvětluje několika mechanismy: pocitem blízkosti či typem vazby, principy reciprocity, pocity povinnosti a altruismem (Silverstein, Parrott & Bengtson, 1995). V německé studii se ukázalo, že matky často

dostávají od svých dospělých dětí více opory než otcové (Klaus, 2009). Výše poskytované opory nezávisí na čase, rozpočtu či zdraví dítěte, čímž se potvrzuje hypotéza, že poskytování opory není primárně ovlivněno dostupností zdrojů. Určitý vliv se však projevuje u vzdálenosti, ve které od sebe rodiče a děti bydlí. V této studii se projevil vliv krátkodobé reciprocit na poskytovanou oporu dětí. Pokud rodiče v nedávné době poskytli radu či pomoc, byly jejich děti motivovanější jim oporu opětovat. To však platilo především pro mladší dyády, kde dětem bylo do 50 let. Vliv krátkodobé reciprocit je u velmi starých rodičů, jejichž zdroje začínají být velmi omezené, nahrazován dlouhodobou reciprocitou, kde hraje roli přesvědčení, že by rodičům měla být vrácena jejich celoživotní péče.

Rodinné vazby jsou starými lidmi vysoce upřednostňované. Jejich dospělé děti často představují nejbližší zdroj sociální opory (Powers & Bultena, 1976). Pokud bydlí v přiměřené vzdálenosti, tak většinou udržují blízký kontakt a jsou jak poskytovateli, tak příjemci sociální opory. Má se za to, že vzájemná opora pak přispívá k osobní pohodě starších jedinců, ale jen do určité míry (Silverstein, Chen & Heller, 1996). Střední míra opory poskytované dospělými dětmi přináší pozitivní účinky. Příliš vysoká míra sociální opory je naopak již vnímána negativně a pro psychický stav rodiče je zraňující. Ukázalo se, že u rodičů, kteří nežijí v páru, se obě tyto souvislosti projevují silněji.

Podobně ovlivňuje osobní pohodu stárnoucích rodičů kvalita vztahu dospělého dítěte a rodiče. Větší vliv se ukazuje u vnímané kvality vztahu než kvantity, např. frekvence kontaktu (Ward, 2008). Větší roli hrály negativní aspekty vztahu k jednomu nebo všem dětem, než pozitivní aspekty. Nejsou-li tedy vztahy k dětem vnímány jako kvalitní, snižuje se osobní pohoda. Pozitivní vztahy ovlivňují osobní pohodu také, ne však do takové míry. Vliv vztahu s dospělými dětmi na osobní pohodu je stejný u otců i matek. Stejně tak se neukázala závislost na faktu, zda se jedná o vztah s dcerou či synem. Jiným směrem, jak mohou (nejen) dospělé děti ovlivnit osobní pohodu svých rodičů, je jejich vlastní pohoda (Knoester, 2003). Rodiče zprostředkovaně prožívají úspěchy a neúspěchy svých dětí, což ovlivňuje jejich osobní pohodu nejen díky empatii, ale také proto, že úspěch dětí vnímají jako obraz svého úspěchu v roli rodiče. Opačně pak platí, že osobní pohoda rodičů ovlivňuje pohodu dětí. Vliv je tedy oboustranný a nezávisí na věku rodičů či dětí.

Prarodičovství

Role prarodiče je významnou rolí v životě seniorů, pro muže je třetí nejvýznamnější po roli partnera a rodiče, u žen po roli rodiče a kamarádky (Reitzes & Mutran, 2002). Role prarodiče je pro mnoho lidí od středního věku jednou z klíčových rolí. Záleží také na vzdělání jednotlivce, kde tato role může být důležitější pro osoby s nižším vzděláním (Silverstein & Marengo, 2001). Vnímání role jak ze strany prarodičů, tak ze strany vnuků může být velmi podobná, výsledky naznačují, že obecně tyto generace spolu vychází dobře, užívají si společně strávený čas, ale stupeň vzájemného porozumění a intimity není příliš vysoký (Triadó, Villar, Solé, Osuna & Pinazo, 2005). Prarodiče, kteří ztratí kontakt se svými vnoučaty, zažívají nárůst depresivních symptomů a celkově má tato ztráta negativní vliv na jejich emoční zdraví (Drew & Silverstein, 2007).

Vliv na to, jak svou roli vnímají vnoučata, může mít fakt, zda se o ně prarodiče v dětském věku starali. Pokud ano, vnímají vnoučata svou roli pozitivněji, než když o ně prarodiče nepečovali. Tyto vnoučata často pocítují závazek a zodpovědnost vůči prarodičům, který je však vnímán pozitivněji než prarodiči samotnými. Z toho plyne, že vnoučata mohou být důležitou součástí systému sociální opory seniorů (Even-Zohar & Sharlin, 2009).

Spokojenost s rolí prarodiče může být ovlivněna různými faktory, např. frekvence kontaktu, pohlaví nebo jiné sociální i individuální faktory (Reitzes & Mutran, 2004). Prarodiče, kteří připisují roli prarodiče velký význam a kteří se s touto rolí dokážou pozitivně identifikovat, jsou motivovaní najít v roli uspokojení. To může platit zejména pro babičky, u nichž s významem role stoupá kontakt s vnoučaty. U nich je to o to důležitější, protože mohou svou roli vnímat více než dědečkové jako předepsanou.

Sourozenci

Sourozenecké vztahy ve stáří a dospělosti jsou výzkumníky často opomíjeny (Goetteng, 1986). Většina takových studií se pak zaměřuje na sourozenecký vztah v dětství, rivalitu mezi sourozenci či sourozenecké konstelace. Tento vztah je však celoživotním a nedobrovolným vztahem, který se během života mění a vyvíjí. Je naprosto unikátní tím, že sourozenci společně sdílí genetické a kulturní dědictví původní

rodiny a rané zážitky z dětství. Může se snadno stát naším nejdéle trvajícím vztahem v životě (Goodboy, Myers & Patterson, 2009).

Sourozenecké vztahy v dospělosti jsou volnější a různorodější. Sourozenci už nebydlí spolu a tak je jejich kontakt postaven na bázi dobrovolnosti (Goetteng, 1986). Vztah je ovlivněn sledováním životních cílů každého z nich, jako je například založení rodiny nebo kariéra. Významným vlivem, který přetrvává i do stáří, je geografická vzdálenost sourozenců. Individuální cíle, jako je rodičovství či kariéra, však ve stáří ustupují stranou.

Ačkoliv sourozenecký vztah s postupujícím věkem často nabývá na významu, frekvence kontaktu nebývá nijak vysoká, často jde jen o několik návštěv a telefonátů ročně (Goetteng, 1986). Vztah bývá založen na přátelství a emoční opoře, kde již často není přítomná sourozenecká rivalita z dětství a mladé dospělosti. Význam sourozeneckého vztahu může spočívat také v tom, že stárnoucí lidé mají s kým vzpomínat a dávat nový význam raným událostem a vztahům. Tento vztah může v západní společnosti obecně nabývat na významu proto, že lidé častěji zůstávají sami bez partnera a mají méně dětí (van Volkom, 2006).

Partner

Studie na téma partnerských vztahů ve stáří většinou sledují dvě linie. První se zabývá ztrátou partnera a dalšímu zejména psychosociálnímu fungování pozůstalého (např.: Itzhar-Nabarro & Smoski, 2012; Stroebe, Zech, Stroebe & Abakoumkin, 2005; Utz, Lund, Caserta & de Vries, 2011). Půl roku a rok a půl po smrti partnera se u ovdovělých žen objevovalo signifikantně více depresivních symptomů než u žen vdaných, tento rozdíl však do dvou let vymizel (Stroebe, Zech, Stroebe & Abakoumkin, 2005). Jiná studie sledovala faktory ovlivňující důsledky ztráty partnera (Itzhar-Nabarro & Smoski, 2012). Ukázalo se, že není přímý vztah mezi spokojeností se vztahem a důsledky ztráty. Roli hraje kombinace faktorů jako dynamika vztahu, typ vazby mezi partnery a míra vzájemné závislosti. Studie zabývající se faktory, které mohou ovlivňovat vnímanou kompetenci mezi lidmi, kteří v nedávné době ztratili partnera, ukázala, že pocit kompetence primárně nezvyšuje kvalita manželství nebo očekávání ztráty (Utz, Lund, Caserta & de Vries, 2011). Spíše jsou to faktory jako finanční příjem a dobré zdraví, které napomáhají zvládání každodenních úkolů. Vyšší kompetence pak byla spojena s lepším

duševním zdravím ovdovělých osob. Jiné výsledky ukazují, že ovdovělí staří lidé sami sebe popisují jako méně schopné spoléhat se na ostatní a jejich potřeba pocitu blízkosti k ostatním lidem byla nižší než u vdaných a ženatých osob (Petrowski, Schmidt, Stöbel-Richter, Strauß & Brähler, 2012). Tyto pocity negativně ovlivňovaly osobní pohodu ovdovělých osob.

Druhou linií je sledování těch vztahů, kde jeden partner trpí vážným fyzickým nebo duševním onemocněním, např. se stařeckou demencí a Parkinsonovou chorobou (Thommessen et al, 2002), s Alzheimerovou chorobou (Laakkonen et al., 2008) nebo s rakovinou (Lowenstein & Gilbar, 2000). Z těchto studií vychází, že lidé starající se o nemocného partnera prožívají psychosociální zátěž, jako je narušení denní rutiny, nemožnost dovolené nebo sociální izolace (Thommessen et al, 2002). Míra této zátěže závisí na typu onemocnění, především na kvalitě kognitivního fungování nemocného partnera. Lidé starající se o pacienty s Alzheimerovou chorobou pociťují lítost a úzkost, vyjadřují také pocity osamění a nejistoty z dalšího postupu nemoci (Laakkonen et al., 2008).

Studií, které by se zabývaly specifikami fungování či kvalitou partnerského vztahu ve stáří, není mnoho. Této oblasti se ale v poslední době dostává zvýšené pozornosti. Manželství poté, co děti opustily domov a partneři se vyrovnávají s odchodem do důchodu, mohou mít své vlastní výzvy a specifika (Bischoff, 2003). Studie, která se zajímala o to, co přispívá k vysoké kvalitě manželství starších lidí, zjistila, že nejdůležitějším prediktorem kvality takových svazků byl pocit závazku k partnerovi (Clements & Swenson, 2000). Další studie zabývající se manželstvím v pozdním věku sledovala vliv stresu a intimity na kvalitu manželství (Harper, Schaalje & Sandberg, 2000). Pociťování intimity byl v pozitivním vztahu s kvalitou manželství jak pro muže, tak ženy. Zatímco pocity stresu negativně korelovaly s kvalitou jen u žen. Při zkoumání zvládání konfliktů v dlouhotrvajícím manželství bylo zjištěno, že strategie zvládání jsou relativně stálé. Další konstruktivní zvládání šťastných párů podporuje alespoň jeden konflikt, který partneři hodnotí jako dobře zvládnutý (Mackey, Diemer & O'Brien, 2000).

Potřeba lásky je samozřejmá i u lidí vyššího věku, a pokud ovdovělí lidé či lidé bez partnera mají možnost, tak vyhledávají takového nového partnera, který by byl přijat rodinou (Haškovcová, 2010). V tomto věku si mnohem lépe hledají nové partnerky

muži, protože jejich zastoupení ve společnosti vůči ženám s věkem klesá. Sexualita ve stáří je stále ještě opomíjeným tématem. V poslední době se již začínají objevovat studie zaměřené právě na oblast sexuality starších lidí (Bitzer, Platano, Tschudin & Alder, 2008; Young, Denny, Young & Luquis, 2000). U stárnoucí populace je vysoká prevalence výskytu sexuálních dysfunkcí (Bitzer, Platano, Tschudin & Alder, 2008). U žen patří mezi nejčastější porucha apetence ve smyslu hypoaktivity a bolesti při sexuálních aktivitách, u mužů jde pak především o předčasnou ejakulaci a erektilní dysfunkce. Zkoumání spokojenosti se sexuálním životem u žen nad 50 let ukázalo, že největší vliv hrají nesexuální aspekty vztahu, jako např. celková spokojenost se vztahem (Young, Denny, Young & Luquis, 2000). Z oblasti sexu byla s celkovou sexuální spokojeností spojena především frekvence orgasmu jak žen samotných, tak jejich partnerů.

Přátelé

K úspěšnému stárnutí nepatří pouze udržování rodinných vazeb, ale také sociální vztahy s přáteli. Kontakt s vrstevníky se ukazuje jako zásadní pro prožívání osobní pohody v pozdním věku, což se ne vždy prokazuje v kontaktu s rodinnými příslušníky (Hatch & Bulcroft, 1992). Jak se ukázalo, přátelství se u mužů a žen liší především kvalitativně. Starší ženy mají s přáteli bližší a intimnější vztahy. S alespoň jednou blízkou osobou udržují častý kontakt. Zatímco muži jako blízkou osobu uvádějí často svou manželku a spíše udržují širší sociální síť, kde blízkost mezi přáteli není nijak výrazná.

Studie zaměřující se na kontinuitu a změnu přátelských vztahů ve stáří ukázala na to, že především s postupujícím věkem mužů (od mladšího ke staršímu stáří) klesá jejich frekvence kontaktu s přáteli, vytváří si méně přátel a mají menší potřebu blízkosti s přáteli. Tento jev se u žen neprokázal (Field, 1999). Nejčastější společně provozovanou aktivitou s přáteli bylo u mužů i žen v této studii „pouhé povídání“. Překvapivě s postupujícím věkem bylo častější mít společné zájmy nebo navštěvovat nějakou organizaci. I zde však hrálo „pouhé povídání“ významnou roli. Tento důraz na povídání může plynout z orientace na emoční prožitky, které mohou podporovat snazší emoční porozumění, a také ze sdílení obdobných historických zkušeností.

Udržování kontaktu s přáteli je u starších lidí silněji spojeno se subjektivní osobní pohodou než kontakt s dospělými dětmi, na druhou stranu je kvalita vztahu s dětmi důležitější pro životní spokojenost než kvalita přátelského vztahu (Pinquart & Sörensen,

2000). Větší vliv přátelství na osobní pohodu může být zapříčiněn tím, že jde o vztah dobrovolný, kde si nás někdo vybral za přítele, a který nám poskytuje emoční oporu a tím narůstá naše sebehodnocení. Přátelé jsou také často lidé z naší věkové skupiny a často s námi sdílí osobnostní charakteristiky, některé životní události typické pro celou kohortu a životní styl. Tato vyšší míra podobnosti hodnot a prožívání může způsobit vyšší spokojenost se vztahem. Přátelé jsou také lidmi, se kterými je možno vzpomínat na dávné časy. Navazování přátelských vztahů v pozdním věku může být významné pro lidi žijící bez partnera. K tomu jim může pomoci participace na aktivitách v centrech pro seniory (Aday, Kehoe & Farney, 2006). Zejména ženy žijící bez partnera vykazují zvýšené riziko osamělosti, depresivity a snížené mobility. Ukazuje se, že navazování vztahů v těchto centrech má pozitivní účinky na duševní i fyzické zdraví a výsledkem je širší sociální síť než u žen, které mají partnera.

Další sociální vazby

Mezi významné sociální vazby seniorů můžou patřit **sousedské vztahy**. Často jsou tyto vztahy vnímány jako zdroje sociální opory (Shaw, 2005). Senioři očekávají více sociální opory ze strany sousedů zčásti proto, že udržují se sousedy frekventovanější kontakt a déle bydlí na jednom místě. Sousedské vztahy jsou založeny na blízkosti a instrumentálnosti (Wenger, 1990). Kvalita vztahů může být ovlivněna celkovou atmosférou v sousedství, tam kde je sousedství dobře udržováno, vykazují senioři vyšší vnímanou oporu (Thompson & Krause, 1998). Vnímaná opora ze strany sousedů byla pozitivně asociována s fyzickou funkčností seniorů (Shaw, 2005). Nejsilnější vztahy se sousedy měli ti senioři, kteří vykazovali nepravidelné kontakty s rodinou. Kontakty se sousedy pak nesouvisely s rodinným statutem.

V oblasti sociálních vztahů je možné zmínit i **domácí mazlíčky**, které česká společnost vnímá jako nejčastější společníky seniorů (Sak & Kolesárová, 2012). Studie zabývající se smyslem domácích mazlíčků u rozvedených či ovdovělých mužů a žen starších 64 let, kteří měli psa, ukázala jako nejčastější proměnné ve vztahu ke zvířatům přátelství, emoční vazbu, užitečnost, loajalitu a absenci vyjednávání (Pereytti, 1990). Dvě třetiny respondentů v této studii uvedlo, že pes je jejich přítel, ke kterému mluví a jednají s ním jako s člověkem, a tomuto přátelství přisuzují stejnou hodnotu jako přátelství s jiným člověkem. Dalším zmíněným přínosem byl pro seniory fakt, že pes

vyžaduje, aby o něj bylo postaráno, čímž vyplňují část volného času respondentů. Užitečnost mazlíčků viděli respondenti v podobě fyzického bezpečí, menšího strachu před zloději apod.

Lidé se někdy mylně domnívají, že sociální síť seniorů je velmi omezená a to proti jejich vůli, nebo že by senioři rádi byli v kontaktu s mnoha lidmi, ale nejsou toho již schopni. Je důležité si uvědomit, že tomu tak nemusí být. Velmi často jde o vývojovou změnu v motivaci, která vede stárnoucí lidi k tomu, aby omezili nefungující a postradatelné vztahy, zredukovali sociální vztahy mimo rodinu a soustředili se převážně na rodinné ale i jiné dlouhodobé významné vztahy.

Během života udržujeme vztahy s různými lidmi a mnoho z nich přetrvává až do stáří, kdy, stejně jako v jiných obdobích života, může docházet ke změnám kvalitativním i kvantitativním. Frekvence i forma kontaktu se může s některými rapidně snížit, náš vztah se může stát intimnějším nebo se mohou pomalu obracet role ve vztahu, jako tomu bývá u stárnoucích rodičů a dospělých dětí.

Redukce vztahů může být však také nechtěná a nežádoucí, například v případě zhoršujícího se fyzického či psychického zdraví. V dnešní době ale ani nemoc či snížená mobilita nemusí být destruktivním činitelem pro sociální síť seniora. Existence mobilních telefonů a možnosti elektronické komunikace mohou pomoci k udržování či utváření sociálních vazeb navzdory zdravotnímu omezení.

1.1.6 Úspěšné stárnutí

Odborný zájem o psychologické charakteristiky stáří vzrostl prakticky až ve 20. století (Haškovcová, 2010). Zpočátku byly studovány fyzické a psychické funkce starých nemocných lidí. Zájem o fyzickou stránku dominoval nad stránkou psychickou. Až později vzrostl zájem o sledování zdravých starších lidí, což vedlo k vytvoření konceptu úspěšného stárnutí.

Úspěšné stárnutí je multidimenzionální pojem zahrnující vyhýbání se nemoci a invaliditě, udržování vysoké úrovně psychického a kognitivního fungování a trvalé zapojení do sociálních a produktivních aktivit (Rowe & Kahn, 1997). Tito autoři vytvořili koncept úspěšného stárnutí, který dále rozpracovává do té doby klasické dělení

gerontologie na patologické a nepatologické stárnutí, tedy na ty trpící a netrpící nějakou indispozicí. Koncept pracuje se třemi předpoklady úspěšného stárnutí, kterými jsou:

- **nízká pravděpodobnost nemoci a indispozic vztahujících se k nemoci,**
- **vysoká kognitivní a fyzická funkční kapacita,**
- **aktivní zapojení do života.**

Z této definice vidíme rozdíl oproti předchozímu dělení, úspěšné stárnutí znamená více než jen absenci nemoci a udržení fungování. Je to jejich kombinace s aktivním zapojením do života, která definuje tento koncept.

Vzhledem k tomu, že neexistuje konsensus o tom, co je to „úspěšné stárnutí“, byla provedena revize literatury na toto téma (Depp & Jeste, 2006). Ze studie vyplývá, že průměrně bylo jako úspěšně stárnoucích označeno 35,8% vzorku. Úspěšné stárnutí bylo definováno různými komponentami, z nichž nejčastější bylo fyzické fungování. Signifikantně s konceptem úspěšného stárnutí koreloval věk (young-old), nekuřáctví, absence invalidity, artritida a diabetes. Mírný vliv měla vyšší fyzická aktivita, více sociálních kontaktů, lepší zdravotní stav, sebehodnocení, absence deprese a kognitivního poškození. Pohlaví, příjem, vzdělání a manželský status neměly na úspěšné stárnutí vliv.

S pojmem úspěšného stárnutí jako procesem a nikoliv stavem pracuje model selektivní optimalizace s kompenzací (Baltes, 1987).

Model selektivní optimalizace s kompenzací

Cílem modelu selektivní optimalizace s kompenzací je pochopit a popsat typický proces celoživotního vývoje se zaměřením na stárnutí a stáří. Chceme-li proces stárnutí (ageing) zahrnout do vývojového rámce, musíme vycházet z předpokladu, že každý vývojový proces s sebou nese aspekt jak růstu, tak ztráty (Baltes, 1987). Proporce zisků a ztrát se však liší podle vývojového období a každou fázi můžeme vykreslit jako jejich relaci. Podstata toho, co považujeme za zisk či ztrátu, semůže s věkem měnit. Vliv mohou mít subjektivní kritéria, stejně jako kulturní či historický kontext (Baltes, 1997).

Počátkem starší dospělosti začínají ztráty převyšovat nad zisky a celkový obraz se jeví méně pozitivně než v mládí (Baltes, 1987). Aby bylo dosaženo vývoje ve všech obdobích života, uplatňují se funkční změny v alokaci zdrojů. Jde o:

- funkci růstu (dosažení vyšších stupňů fungování nebo adaptace),
- funkci udržování včetně uzdravení a funkci regulace ztrát (organizace fungování na nižších úrovních, když udržení není déle možné).

Během dětství se nejvíce uplatňuje funkce růstu, v dospělosti jsou zdroje alokovány k udržení a ve stáří se zdroje pomalu přesouvají k regulaci a zvládání ztrát.

Typický mechanismus změn „úspěšného stárnutí“ je nazván selektivní optimalizace s kompenzací (Baltes, 1987). Tento proces má tři charakteristiky: (a) obecným rysem celoživotního vývoje je kontinuální vytváření specifických forem adaptace, (b) adaptace je podmínkou biologického a sociálního stárnutí a (c) individuální selektivní a kompenzační úsilí vede k efektivnímu zvládnutí stárnutí.

Vzhledem k procesu stárnutí je model selektivní optimalizace s kompenzací definován jako vzájemná souhra tří procesů, které v kontextu staršího věku můžeme charakterizovat následovně (Freund, 2008):

- **Selekce** představuje ve světle celkových ztrát schopnost vybrat takové cíle, které představují rovnováhu mezi momentálními zdroji a potřebami.
- **Optimalizace** je definována schopností nahrazovat ztráty novými nebo dříve nevyužitými vnitřními či vnějšími zdroji, které by byly relevantní daným cílům.
- **Kompenzace** je určena zvládáním ztrát a udržováním úrovně fungování.

Úspěšné stárnutí podle modelu selektivní optimalizace s kompenzací představuje celoživotní zvládání vnitřních a vnějších zdrojů vedoucí k možnosti stanovovat a naplňovat osobní cíle během celého života a udržení si osobních standardů (Freund, 2008).

1.1.7 Stáří a stres

Zabýváme-li se úspěšným stárnutím, stojí za to prozkoumat také oblast stresu, neboť se ukazuje, že stres a s ním spojené proměnné si zaslouží zkoumání také ve vztahu k věku (George, 2005). Míra, do jaké jsme stresu vystaveni, působí jako rizikový faktor na naše zdraví. Tento vztah nemůžeme považovat za přímý, svou roli hrají také sociální a osobnostní charakteristiky, povaha stresu a individuální strategie řešení (George, 2005). Model zpracování stresu se soustředí na faktory, které se dynamicky vyvíjejí v čase (Pearlin, Lieberman, Menaghan & Mullan, 1981). Jsou to: stresory, zdroje a zdravotní stav. Stresory jsou chápány jako nezávislé proměnné mající negativní vliv na zdraví. Zdroji jsou myšleny osobní a sociální faktory, které nepřímo ovlivňují efekty stresorů na zdraví.

Typy stresorů

Obecně jsou stresory definovány jako takové podmínky, které vyžadují nebo ohrožují individuální kapacitu k reakcím a k udržení či ochraně osobní pohody (George, 2005). Stresory se dělí na dvě skupiny: akutní a chronické. Akutní stresory představují jednotlivé změny v životě (rozvod či ovdovění, nástup do zaměstnání). Délka vystavení a vlivu takového stresu je časově limitovaná, i když není přesně určeno, jak krátký či dlouhý tento čas musí být. Chronickým stresem jsou dlouhodobé životní podmínky, které ohrožují osobní pohodu. Jsou to ty stresy, které trvají po delší časový úsek, ačkoliv se doposud neví, jaká časové hranice tam musí být a do jaké míry délka trvání ovlivňuje následky. Další možné dělení je na subjektivní a objektivní stresory. Tedy takové, které individuálně vyhodnocujeme jako stresující, a ty, které jsou obecně definovány jako negativní. Ukazuje se, že vztah mezi stresem a zdravím je silnější, je-li stres definován subjektivně. Zdá se také, že stresující zážitky blízkých osob mohou lidé prožívat, jako by oni sami byli vystaveni tomuto stresu (Thoits, 1995).

Charakteristika stresorů podle věku

Co se týká vztahu stresu a věku, potvrzuje se, že pozdní věk je specifický nejen v množství prožívaných stresorů ale také v jejich povaze (George, 2005). Starší jedinci zažívají signifikantně méně akutních stresorů než mladší jedinci (Hughes, George & Blazer, 1988). V intervalu jednoho roku vykazují osoby starší 65 let průměrně 2,3 stresujících životních událostí. U osob mezi 18 až 34 lety je to 4,5 stresujících událostí. U starších osob se však většinou jedná o specifickou povahu stresorů, které jsou charakterizované požitkem ztráty, ať už zdrojů, rolí či vztahů (Lynch & George, 2002). Se ztrátou je spojeno až 80% stresových událostí, u mladší skupiny reprezentuje ztrátu jen asi 15% událostí. Jestliže předpokládáme, že vyrovnávání se s událostmi ztráty je náročnější než s jinými typy stresorů, pak skupina starších lidí představuje větší riziko z pohledu zdraví a osobní pohody než mladší dospělí (George, 2005). Z pohledu chronického stresu se zdá, že staří lidé na tom nejsou výrazně hůře než mladší a střední dospělost. Distribuce chronického stresu se různí podle věku. Staří lidé méně zažívají konflikty v manželství, stres v práci či finanční problémy. Naopak mohou více zažívat chronickou nemoc nebo ztrátu blízké osoby.

Zvládání stresu

Jako tři hlavní zdroje zvládání stresujících životních událostí jsou považovány sociální opora, psychologické zdroje (např. sebehodnocení) a snaha o řešení či zvládání (tzv. *coping efforts*) (George, 2005). Z určitého pohledu však můžeme také na zdroje sociální opory a psychické zdroje nahlížet jako na specifické strategie zvládání stresových situací.

K sociálním zdrojům přibývá také varieta individuálních psychologických zdrojů (George, 2005). V této oblasti se největší pozornost klade na sebehodnotu a sebeúčinnost. Sebehodnota je chápána jako hodnotící komponenta vztahující se k vlastní osobě. Sebeúčinnost je pak vnímání sebe sama jako kompetentního vyřešit životní výzvy.

Mluvíme-li o snahách o řešení, pak se obecně tvrdí, že lidé zvládající stres efektivně, zažívají méně jeho negativních účinků. Musíme však brát v potaz limity strategií zvládání (George, 2005). Některé události je možné efektivně vyřešit (např.

ztrátu zaměstnání), jiné však nikoliv (ztrátu blízkého člověka). Ne každou strategii je možné aplikovat na jakoukoliv stresující událost. Strategie zvládání stresu mohou být různé, např. aktivní neboli na problém zaměřené strategie a paliativní neboli na emoce zaměřené strategie (Lazarus & Folkman, 1984 podle George, 2005). Aktivní strategie se zaměřují na snahu změnit stresor nebo jeho následky, jeho charakteristikou je snaha o vypořádání se se samotným stresorem. Emočně zaměřená strategie se snaží o zmírnění způsobeného distresu, jejím fokusem je tedy vyrovnaní se se situací navzdory stresoru. Z pohledu věkových rozdílů není tato oblast příliš prozkoumána, existuje však evidence, že starší lidé používají více emočně zaměřené strategie zvládání stresu (Folkman, Lazarus, Pimley & Novacek, 1987).

Souhrn

Stáří je životní fází, která je určena především věkovou hranicí. Rozlišujeme rané stáří (65-74 let) a skutečné stáří (od 75 let). Hlavním tématem raného stáří je odchod do důchodu a vypořádávání se s touto změnou. Téma skutečného stáří se posouvá k zdravotnímu stavu a zvládání každodenního života.

Napříč Evropou sledujeme trend stárnutí populace. Dochází jak k prodlužování střední délky života, tak k nárůstu počtu starých lidí v populaci, přičemž nerychleji rostoucím segmentem je věková kategorie nad 85 let.

V České republice je senior spojován s představou stáří a „důchodce, který nepracuje“. Společnost má za to, že nejčastěji se v sociálním poli seniora objevuje domácí mazlíček, sami senioři pak uvádějí na prvním místě vnoučata a děti.

Mezi nejčastější změny ve stáří patří zhoršující se fungování smyslů a lokomočního aparátu. Biologické stárnutí postihuje všechny orgánové systémy, především kardiovaskulární.

Psychické a kognitivní stárnutí zahrnuje změny ve struktuře inteligence, paměti, osobnosti a emočním prožíváním. S mírou fungování souvisí míra zvládání aktivit denního života. Staří lidé představují rizikovou skupinu pro vznik a rozvoj depresivních stavů a demencí.

Sociálními změnami ve stáří se zabývá teorie socioemočního výběru nebo teorie konvojového modelu. Nevyhovující vztahy mají senioři tendenci opouštět a udržovat jen ty významné. Vysoce upřednostňované jsou vztahy s rodinou. Přátelství, zejména ta dlouhodobá, a další vazby však také hrají nepostradatelnou roli v sociálním poli seniorů.

Neexistuje jednotný koncept, který by definoval úspěšné stárnutí. Nejznámější z nich pracuje se třemipředpoklady: nízkou pravděpodobností nemoci, vysokou fyzickou a kognitivní funkčností a aktivním zapojením do života.

Počet stresujících událostí ve stáří nepřevyšuje jejich počet u mladších osob. Povaha stresorů je často spojována se ztrátou, např. ztráta partnera. Existuje evidence, že staří lidé mají tendenci vyrovnávat se se stresem použitím strategií zaměřených na emoce.

1.2 Sociální opora

Koncept sociální opory nemá žádnou jednotnou a úzkou definici. Jde spíše o široce chápaný pojem, jehož různé vymezení se navzájem překrývají a prolínají. Sociální oporu můžeme v širším slova smyslu definovat jako „... *pomoc, která je poskytovaná druhými lidmi člověku, který se nachází v zátěžové situaci. Obecně jde o činnost, která člověku v tísní jeho zátěžovou situaci určitým způsobem ulehčuje*“ (Křivohlavý, 2001, s. 94). Jiná definice pak může znít například takto: „*sociální opora je obvykle definována jako existence nebo dostupnost osob, na které se můžeme spoléhat, osob které nám dají vědět, že se o nás zajímají, máme pro ně hodnotu a milují nás*“¹ (Sarason, Levine, Basham & Sarason, 1983, s. 127).

Pro výzkumné účely nelze tyto široké definice použít a výzkumníci se podle zaměření ve svých studiích opírají o různé koncepty a definice sociální opory. Literatura s tematikou sociální opory se pak stává mírně nepřehledná. Při interpretaci a možné aplikaci výsledků je vždy nutné zohlednit ten koncept sociální studie, o který se výzkumný design opírá.

V dalších kapitolách uvedu hlavní dělení a koncepty sociální opory. Dále se budu zabývat modely sociální opory a jejími prediktory. Krátce se podívám na vztah sociální opory ke zdraví a nemoci. V poslední kapitole se budu věnovat metodám měření sociální opory.

1.2.1 Dělení sociální opory

Sociální oporu můžeme členit podle různých kritérií, např. podle obsahu nebo podle typu či kvality sociálních vztahů.

Jedno z nejznámějších dělení rozlišuje čtyři typy sociální opory podle obsahu (House, 1981 podle Kebza, 2005). V tomto dělení rozlišujeme:

¹ Social support is usually defined as the existence or availability of people on whom we can rely, people who let us know that they care about, value, and love us (Sarason, Levine, Basham & Sarason, 1983, p. 127).

1. **Emocionální oporu:** Složka emocionální opory v sobě zahrnuje poskytování pozitivních emocí, jako jsou láska, empatie, náklonnost nebo naděje.
2. **Instrumentální oporu:** Instrumentální oporou rozumíme věcnou, konkrétní a praktickou pomoc, jakou může být finanční či materiální pomoc.
3. **Hodnotící oporu:** Tento druh opory znamená, že jednáním či komunikací získává jedinec podněty, které přispívají k jeho pozitivnímu sebevědomí a sebehodnocení.
4. **Informační oporu:** Pod tímto pojmem označujeme poskytování informací a rad všeho druhu, které by mohly vést k usnadnění řešení dané situace.

Tardy (1985) upozorňuje na neshody v konceptualizaci sociální opory a rozdílné operacionalizaci při zkoumání a měření sociální opory, která často vede k nejasnostem. Autor navrhuje pět dimenzí, které by mohly být nápomocné při objasnění definice sociální opory. Těmito dimenzemi jsou:

1. **Směr** (direction): Sociální opora může být jak přijímaná tak poskytovaná a výzkumník se může zaměřit jen na jeden nebo oba tyto směry.
2. **Uspořádání sociální opory** (disposition): Zkoumání může být zaměřeno buď na dostupnost (anticipaci) sociální opory, která představuje množství nebo kvalitu opory, ke které mají jedinci přístup, nebo na využití této opory, tedy jejím přijímání.
3. **Popis/evaluace** (description/evaluation): Výzkum sociální opory může směřovat k popisné stránce sociální opory. Jiní pracují s evaluativní stránkou a zaměřují se na to, jak jsou lidé se sociální oporou fakticky spokojeni.
4. **Obsah** (content): Obsah sociální opory se různí. Nejrozšířenější dělení obsahuje tyto dimenze: emocionální, informační, hodnotící a instrumentální oporu (House, 1981 podle Kebza, 2005).
5. **Sít'** (network): Sociální dimenze opory se zabývá sociální sítí, ať už její pouhou existencí nebo detailnější charakteristikou osob v oporné síti.

Alternativu k dělení podle obsahu nabízí například schéma neformálního pomáhajícího chování (Gottlieb, 1978). Toto schéma zahrnuje čtyři typy pomocného chování. První z nich je *chování udržující emoce*, které obsahuje projevy pochopení, respektu, naslouchání, zájmu, intimity a dodávání odvahy. Dalším typem je *chování zaměřené na řešení problému*, které označuje rozhovor zaměřený na problém, informace,

nápady, doporučení či objasnění. Třetím je *nepřímý osobní vliv*, který se vztahuje k pocitům, že ten druhý je vždy s námi, připraven nám pomoci. Posledním typem pak je *aktivita v prostředí*, která zahrnuje osobní angažovanost a aktivní pomoc při řešení problému.

Jiné rozdělení sociální opory pracuje s pojmy **strukturální a funkční opora** (Cohen & Wills, 1985). Jako strukturální oporu označujeme organizaci sociálních vazeb jedince, sledujeme typy, charakter a počet vztahů, které jedinec udržuje, role, které v těchto vztazích zastává, množství, délku a frekvenci kontaktů. Strukturální opora nám ukazuje délku a počet a kontaktů, které mohou jedinci sloužit jako zdroj opory. Měření strukturální opory zachycuje individuální míru sociální izolace nebo sociální ukotvení (Thoits, 1995). Funkční opora se pak zaměřuje na obsahovou složku sociálních interakcí jedince (Cohen & Wills, 1985). Určuje kvalitu sociálních vztahů, míru, do jaké jsou tyto vztahy zdrojem opory. Měření funkční opory zahrnuje různé typy sociální opory podle obsahu, např. instrumentální nebo informační. Měření může pracovat jak s vnímanou, tak přijímanou sociální oporou.

U definování a měření sociální opory se můžeme zaměřit také na její **specifitu a obecnost** (globálnost) (Cohen & Wills, 1985). Specifita se zaměřuje na jeden nebo více konkrétních aspektů strukturální nebo funkční sociální opory. Obecné měření se snaží zachytit strukturální nebo funkční oporu v celé její šíři. Příkladem specifického měření strukturální opory může být sledování sousedských sociálních vztahů, u funkční opory bychom mohli sledovat instrumentální oporu plynoucí ze sousedských vztahů.

Dalším možným dělením je rozlišení **individuální a institucionální opory** (Kebza, 2005). Individuální opora je poskytovaná cíleně jako snaha poskytnout danému jedinci pomoc v náročné situaci. Institucionální opora je poskytována na celospolečenské úrovni a je zajišťována různými institucemi.

1.2.2 Koncept sociální opory

Koncept sociální opory by neměl být považován za globální, místo toho je třeba vytvořit užší koncepty, které by lépe odpovídaly realitě (Barrera, 1986). S požadavkem

jednotného konceptu postrádají definice sociální opory rozlišitelnost. Termín sociální opora se pak stává nedostatečně specifický, aby byl využitelný jako výzkumný koncept.

Sociální ukotvení, vnímaná a přijímaná sociální opora

Pravděpodobně nejznámější dělení staví na třech kategoriích sociální opory: sociální ukotvení („*social embeddedness*“), vnímané sociální opoře („*percieved social support*“) a poskytované sociální opoře („*enacted social support*“) (Barrera, Sandler, & Ramsay, 1981).

Sociální ukotvení

Sociální ukotvení je koncept sociální opory, vyjadřující vazby, které člověk udržuje s důležitými osobami a se svým sociálním okolím (Barrera, 1986). K měření míry sociálního ukotvení je možné přistupovat dvěma způsoby, jednak sledováním indikátorů, které vypovídají o sociálních vazbách (např. členství v organizaci), nebo sledováním struktury sociální sítě a indikováním tak konkrétních osob, které mají pro daného jedince význam. Tento druhý způsob měření sociálního ukotvení odpovídá výše zmíněné technice hierarchického mapování (Antonucci, 1986). Tato metoda identifikuje všechny důležité osoby nezávisle na tom, zda od nich očekáváme nebo fakticky přijímáme sociální oporu. Jiná metoda pracující se sociálním ukotvením zachycuje pouze osoby, od nichž očekávám sociální oporu (Sarason, Levine, Basham & Sarason, 1983).

Sociální integrace napomáhá naší osobní pohodě, a to jak fyzické, tak psychické. Zejména partnerské a rodičovské vztahy mohou pozitivně působit na naše fyzické zdraví a to tak, že skrze *sociální kontrolu* ovlivňují naše chování týkající se zdravého životního stylu (Umberson, 1987). Přítomnost smyslu a závazku v partnerských a rodičovských vztazích dobře koresponduje se sociální kontrolou, která působí nepřímo na internalizované normy zdravého chování a přímo ve smyslu připomínání zásad zdravého chování, přímé intervence nebo trestání při jejich nedodržování. Tyto osoby pak mohou například podporovat (ale také sabotovat) kontrolu stravovacích návyků, užívání alkoholu, kouření, fyzické aktivity (Thoits, 1995). Mohou sledovat a podílet se na zdravém životním stylu jedince, popřípadě mohou podpořit vyhledání lékařské péče.

Vnímaná sociální opora

Vnímaná sociální opora je charakterizována jako kognitivní hodnocení toho, jak jsme propojeni s ostatními osobami (Barrera, 1986). Na rozdíl od konceptu sociálního ukotvení se tento nesnaží primárně zjistit počet osob nebo množství kontaktů, ale sleduje individuální víru v to, že sociální opora bude v případě potřeby dostupná. Měření vnímané opory se zaměřuje na dvě dimenze tohoto konceptu, a to na dostupnost a adekvátnost oporných vazeb. Adekvátnost ve smyslu spokojenosti s vnímanou oporou sleduje např. dotazník sociální opory (Sarason, Levine, Basham & Sarason, 1983).

Přijímaná a poskytovaná sociální opora

Poskytovaná sociální opora je charakterizovaná jako akce, kterou ostatní provádějí, aby poskytli asistenci konkrétní osobě (Barrera, 1986). Měření tohoto typu opory pak udává, co lidé fakticky dělají, když poskytují sociální oporu. Kebza (2005) spolu s anticipovanou, tedy vnímanou, sociální oporou („*anticipated*“, „*expected*“, „*perceived*“) a mobilizací opory rozlišuje získanou, tedy **přijímanou**, sociální oporu („*received*“, „*behavioral*“). Tu pak definuje jako to, čeho se jedinci ve skutečnosti dostalo.

Koncept přijaté, respektive poskytnuté opory je pro autorku textu poněkud nejasný. Tyto dva pojmy je relativně snadné zaměnit, přesto se podle autorky jedná o dva různé náhledy. Poskytovaná sociální opora pracuje s perspektivou toho, kdo nám poskytuje nějakou formu opory, je to většinou osoba z naší sociální sítě. Přijímaná sociální opora sleduje zase příjemce sociální opory. Zaměňování přijaté a poskytované sociální opory nemusí brát v úvahu fakt, zda to co poskytujeme, je správně interpretováno, je opravdu přijato nebo je účinné. Ve studii sledující páry, které vždy tvořily poskytovatele a příjemce sociální opory, se ukázalo, že subjektivní záznamy o poskytnutí, respektive přijmutí opory se ne vždy shodují (Bolger, Zuckerman & Kessler, 2000).

Tyto tři základní koncepty sociální opory nelze chápat jako na sobě nezávislé. Pravděpodobnější je, že spolu úzce souvisí. Přijímaná sociální opora například ovlivňuje zvýšení vnímané opory, ta pak zase nepřímou ovlivňuje přijímanou oporu (Wethington & Kessler, 1986). Vzájemný vztah mezi vnímanou a přijímanou sociální oporou není tak jasný, jak by se na první pohled mohlo zdát. Rozdíl mezi očekávanou a přijatou sociální

oporou může mít více příčin, nejen na straně jedince, ale také na straně jeho sociálního okolí (Kebza, 2005). Na straně jedince mohou mít vliv osobnostní charakteristiky nebo také úroveň sociálních kompetencí, které mobilizují sociální oporu. Na straně sociálního okolí působí vlastní situace osob ze sociální sítě (jejich vlastní vyrovnávání se se situací). Roli hraje také otázka účinnosti sociální opory, tedy především, zda poskytovaná opora naplňuje potřeby příjemce. Tuto myšlenku rozvádí model optimální shody („*optimal matching model*“) (Cutrona, 1990). Tento model vychází z empirických výzkumů, kde se při různých stresových událostech opakovaně ukazovaly jako nejúčinnější různé typy sociální opory, např. u stresu na pracovišti se jako nejúčinnější ukázal typ oceňující sociální opory, tedy podpoření pocitů kompetence a sebehodnoty. Model se snaží k jednotlivým typům stresových situací určit vhodný typ sociální opory.

Meta-analytická studie, která zpracovala výsledky 24 výzkumů sledujících vztah mezi vnímanou a přijatou sociální oporou, ukázala souvislost $r = ,32$ (Haber, Cohen, Lucas & Baltes, 2007). Přestože je patrná souvislost mezi dvěma koncepty, není možné pokládat přijatou oporu jako hlavní faktor působící na velikost vnímané opory, tato korelace vysvětluje totiž pouze 10-15% variance.

Zdá se tedy, že pouze jistou část vnímané opory je možné vysvětlit přijímanou oporou (Lakey & Cassady, 1990). Autoři vychází z hypotézy, že vnímaná opora funguje z části jako kognitivní proměnná, která je základem pro relativně stálé přesvědčení o kvalitě mezilidských vztahů. Ty pak ovlivňují vyvolání a interpretaci sociálních interakcí. V případě osob s nižší vnímanou oporou může docházet k tendenci hodnotit podporující chování jako nepomáhající, zvýšenému vyvolávání v minulosti neužitečné přijaté opory nebo ke snížení vyvolávání minulé užitečné přijaté opory. Budeme-li vnímanou oporu považovat za kognitivní proměnnou, pak je možné její nízkou míru pokládat za aspekt negativního přístupu ke světu. Tato hypotéza byla potvrzena výzkumem, kde vnímaná opora, na rozdíl od přijaté opory, signifikantně negativně korelovala s depresivitou, anxietou a dysfunkčními postoji. Signifikantně pozitivně pak korelovala se sebeúctou, přesvědčením o kontrole a přijímanou oporou. Z toho vyplývá, že vnímaná opora ukazuje korelační vzorec, který je více podobný kognitivním proměnným než přijaté opoře. Další analýza nasvědčovala tomu, že vnímaná sociální opora a kognitivní proměnné se k psychologickému distresu váží podobnými procesy.

1.2.3 Modely sociální opory

Jak vyplývá z předchozí kapitoly, koncept sociální opory není jednotný a měření dimenzí sociálního ukotvení, vnímané a přijímané sociální opory ukazuje pouze na středně silný vztah. Tato nejednotnost pak vyžaduje, aby byl každý koncept podroben zkoumání možné pozitivní nebo negativní souvislosti se stresem zvláště (Barrera, 1986). Modely sociální opory se snaží s důrazem na jeden z konceptů zachytit a popsat procesy, které nám umožňují lépe zvládat stres.

Strategie zvládání ukazují na způsob, jakým se lidé snaží vyrovnat se stresovými událostmi. Mezi nejčastěji zkoumané zdroje zvládání patří sociální opora, pocit kontroly a sebevědomí (Thoits, 1995). V druhé podkapitole se tedy zaměřím na sociální oporu jako zdroj zvládání stresu.

Sociální opora a stres

Sociální opora je často dávána do kontextu stresujících událostí a vyrovnávání se se stresem. Ačkoliv výzkumu dominuje nárazníkový model sociální opory, existují i další modely snažící se pochopit a vysvětlit vzájemné působení stresujících životních událostí a sociální opory, např. model prevence stresu nebo model mobilizující se efektivní opory (Barrera, 1986).

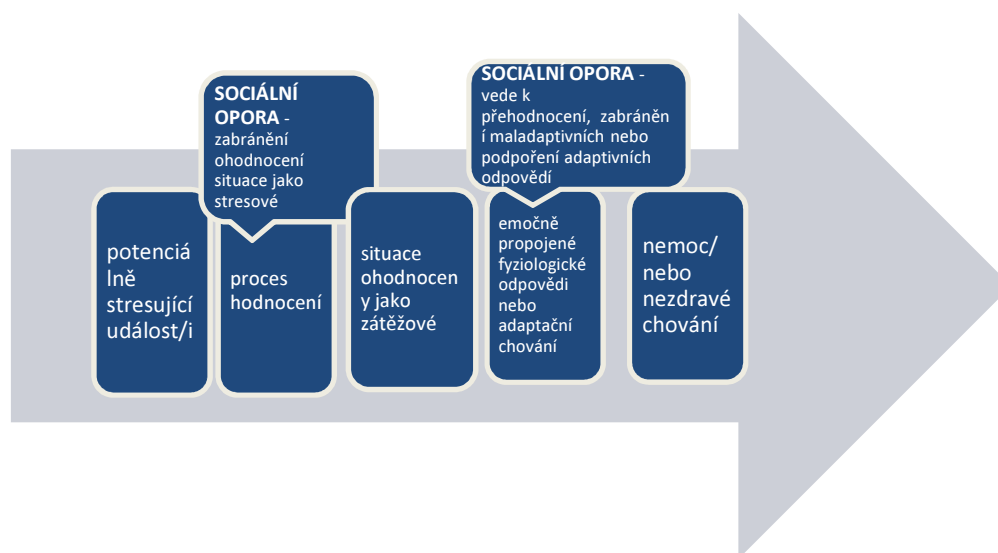
Model přímého účinku a nárazníkový model sociální opory

Hovoříme-li o sociální opoře a stresu, setkáváme se nejčastěji s rozlišením **modelu přímého účinku opory** („*main effect model*“) a **nárazníkového modelu** („*buffering model*“) (Cohen & Wills, 1985). Tyto modely se liší v tom, jak sociální opora funguje a jaké může mít účinky na naše zdraví a osobní pohodu.

U modelu přímého účinku sociální opory se za jeho pozitivní efekt považuje to, že široká sociální síť poskytuje jedinci pravidelné pozitivní emoční prožitky, ale může jej také ochránit před prožitky negativními (Cohen & Wills, 1985). Průběžné získávání pozitivních emocí a pocitu stability může mít vztah k naší osobní pohodě („*well-being*“).

Koncept nárazníkového modelu funguje v zátěžových situacích jako ochrana proti možným škodlivým vlivům způsobených touto situací (Cohen & Wills, 1985). Nárazníkový model se uplatňuje ve stresových situacích, které jsou spojeny s negativním afektem, jako jsou pocity beznaděje nebo ztráty sebehodnoty, které přichází v reakci na jedincovu neschopnost řešit danou situaci. Účinek nárazníkového efektu pak spočívá v přehodnocení potenciálních škod na základě vědomí, že nám bude poskytnuta pomoc. Efekt dojde uplatnění i v situacích, kdy je stres již vyvolán, a to snížením či eliminací stresu. Nárazníkový efekt může tedy působit na dvou různých místech. Jednak může ovlivnit proces vyhodnocení situace jako zátěžové, kde vnímání dostatečné sociální opory může přispět k tomu, že situace se pro jedince stane méně nebo vůbec zátěžovou. Za druhé se může sociální opora uplatnit v přehodnocování a aplikování vhodných strategií řešení, je-li situace vnímaná jako stresová.

Vzhledem k tomu, že tyto dva momenty využití nárazníkového efektu jsou zprostředkovány různými procesy, je pravděpodobné, že se budou uplatňovat v odlišné časové perspektivě (Stroebe, Zech, Stroebe & Abakoumkin, 2005). První efekt působící na hodnocení situace jako zátěžové by měl časem oslabit a rozdíly mezi těmi s nízkou a vysokou oporou by se měly časem eliminovat. Druhý efekt, přehodnocení situace, má za následek rychlejší uzdravení a měl by se s postupujícím časem stát silnější.



Obrázek 1: Působení nárazníkového efektu (podle Cohen & Wills, 1995)

Sledovat můžeme také vztah vnímané a přijaté sociální opory s nárazníkovým efektem. Z jedné studie, která mimo jiné sledovala tuto spojitost, vyplývá, že souvislost

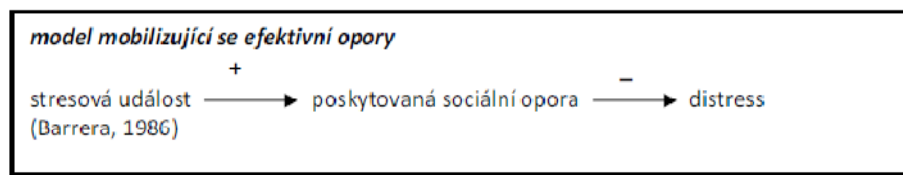
mezi vnímanou oporou a nárazníkovým efektem je mnohem silnější než mezi přijímanou oporou a tímto modelem (Wethington & Kessler, 1986). Vnímaná opora může tedy vyvolávat nárazníkový efekt a ovlivňovat tak přizpůsobení se stresujícím událostem nezávisle na tom, jaké míry a kvality dosahuje poskytovaná opora navazující na konkrétní událost.

Tam, kde měříme interpersonální zdroje využívané jako reakce na stresovou situaci, se jedná o nárazníkový model sociální opory (Cohen & Wills, 1985). Naopak tam, kde měříme stupeň sociální integrace a začlenění jedince do sociální sítě, se jedná o model přímého účinku sociální opory. Toto rozlišení je nosné v tom, že jak sociální integrace, spojená s přímým účinkem, tak funkční opora, spojená s nárazníkovým modelem, přispívají k naší osobní pohodě jiným způsobem.

Výzkumy zaměřující se na téma sociální opory a stresu pracují převážně s nárazníkovým modelem, přesto existují i další modely sociální opory a stresu (Barrera, 1986). Obecný pojem sociální opory hraje různé úlohy ve zvládání stresu, proto je na místě sledovat vztah stresu a jednotlivých konceptů zvlášť.

Stres a poskytovaná sociální opora

Pozitivní vztah stresu a poskytované sociální opory byl ukázán v americké studii sledující míru stresu, poskytovanou sociální oporu a míru depresivity (Aneshensel & Frerichs, 1982). Stress měl přímý vliv na sociální oporu. Ta zase přímo, ale negativně ovlivňovala stávající depresi. Zjednodušený model se označuje jako **model mobilizující se efektivní opory** („*Effective support mobilization model*“) a ukazuje, že zvýšený výskyt stresových událostí mobilizuje proces poskytování sociální opory ze strany okolí (Barrera, 1986). K lepšímu pochopení mobilizace sociální opory by přispělo rozlišování mezi hledáním pomoci, jako aktivní copingová strategie, a pasivním přijímáním opory bez jakéhokoliv přičinění recipienta.

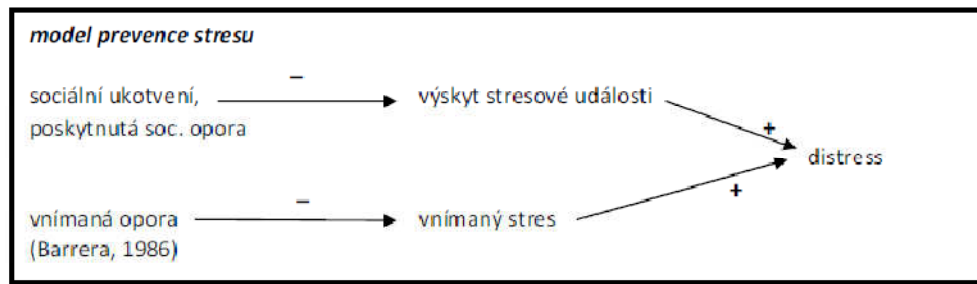


Obrázek 2: Model mobilizující se efektivní opory (podle Barrera, 1986)

Jiný náhled na souvislost stresu a přijímané opory podává studie zabývající s vnímanou a přijímanou, resp. poskytovanou oporou párů (Bolger, Zuckerman & Kessler, 2000). Každý z páru vedl zápisky o tom, kdy mu byla poskytnuta, resp. kdy on sám poskytl emocionální oporu. Ukázalo se, že vnímané přijímání je spojeno s emoční zátěží. Je-li však opora přijata nevědomky, tato zátěž se neprojevuje. Tento jev označují autoři jako *neviditelnou oporu*, která na jedné straně profituje z poskytnuté opory, na straně druhé eliminuje emoční zátěž spojenou s přijímáním. Tato studie také potvrdila vysokou pozitivní souvislost mezi vnímanou oporou a adaptací na stres.

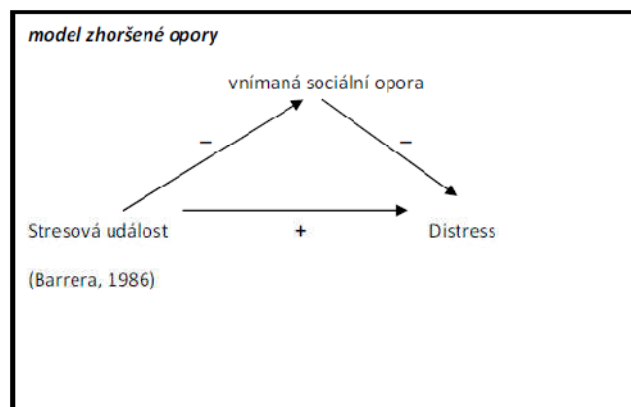
Stres a vnímaná sociální opora

Model sledující vztah stresu a jak poskytované, tak vnímané sociální opory se nazývá **model prevence stresu** („*stress prevention model*“) (Dignam, Barrera & West, 1986). V této studii sledující stress na pracovišti, sociální oporu a syndrom vyhoření se ukázal spíše preventivní než léčivý účinek SO na stres. Sociální opora pak měla spíše nepřímý než přímý efekt na syndrom vyhoření (distress). Model prevence stresu se skládá ze dvou rozdílných mechanismů (Barrera, 1986). Podstata prvního spočívá v tom, že pomocí poskytované sociální opory a sociálního zakotvení se předchází samotnému vzniku stresové události. Druhý mechanismus staví na tom, že vnímaná sociální opora zmírňuje míru prožívaného stresu při již vzniklých stresových událostech.



Obrázek 3: Model prevence stresu (podle Barrera, 1986)

Jiným modelem pracujícím s negativním vztahem mezi stresem a vnímanou oporou je tzv. **model zhoršené opory** („*support deterioration model*“) (Dean & Ensel, 1982). V tomto modelu působí výskyt stresové události negativně na vnímanou sociální oporu. Stresové události pak skrze sníženou vnímanou oporu ovlivňují výskyt depresivních symptomů.



Obrázek 4: Model zhoršené opory (podle Barrera, 1986)

Sociální opora jako copingová strategie

Dostupnost sociální opory je považována za důležitý prostředek k úspěšnému zvládnání stresujících událostí a její vyhledávání můžeme považovat za jednu ze zvládajících strategií (Thoits, 1995). Copingové strategie dělíme do dvou hlavních kategorií: zaměřené na zvládnání emocí a zaměřené na řešení problému (Lazarus & Folkman, 1984 podle George, 2005). Jako třetí kategorii můžeme označit strategie

zaměřené na vnímání (Pearlin & Schooler, 1978). Tyto strategie se pomocí kognitivních procesů snaží změnit smysl situace a předefinovat jej jako méně ohrožující.

Koncept copingové asistence

Zvládání stresujících událostí má do jisté míry podobné funkce jako sociální opora (Thoits, 1986). Strategie zaměřené na emoce se snaží pracovat s negativními emocemi, které jsou často následkem vystavení stresující události. Podobnou funkci naplňuje také emoční opora, která se snaží zlepšit negativní emoce. Strategie zaměřené na řešení problému zase odpovídají instrumentální opoře. Jak řešení problému, tak instrumentální opora jsou zaměřeny na změnu a zvládnutí situace. Strategie zaměřené na vnímání pracují s předefinováním smyslu stresující události podobně jako informační sociální opora. Fungování sociální opory tedy můžeme chápat podobně jako copingové strategie, kde oboje se snaží změnit vnímání situace, emoční reakci a/nebo samotnou situaci. Určení efektivních zvládacích strategií v jednotlivých situacích pak může pomoci vyhodnotit, které typy poskytnuté sociální opory budou účinné. Toto vzájemné propojení může pomoci poskytovatelům opory vyhodnotit, který typ je v dané situaci nejužitečnější. Tento koncept copingové asistence pracuje tedy s tím, že poskytnutí vhodné sociální opory umožní jedinci použít v danou chvíli nejúčinnější strategie a pomůže tak zvládnutí stresující situace. Tento koncept je podobný výše zmíněnému modelu optimální shody (Cutrona, 1990).

Sociální opora jako součást copingové strategie

I jiné, podrobnější dělení copingových strategií ukazuje na souvislost s některými typy sociální opory (Dunkel-Schetter, Folkman & Lazarus, 1987). V této studii byly sledovány strategie zaměřené na řešení, které zahrnovaly hledání sociální opory, řešení problému, pozitivní přehodnocení a konfrontativní řešení. Do kategorie emočně zaměřených strategií patřilo distancování se od situace, útěk/vyhýbání se a akceptování zodpovědnosti. Samostatnou kategorii pak tvořila sebekontrola. Výsledky ukázaly, že více sociální opory získali ti, kteří používali strategie hledání sociální opory a pozitivní přehodnocení. Zejména tyto dvě strategie pozitivně souvisely se získáním všech tří typů

sociální opory, emocionální, informační a instrumentální. Strategie konfrontace nebo sebekontrola souvisely pouze se získáním vyšší informační opory.

Výsledky naznačují, že je možné vysledovat souvislosti mezi použitými strategiemi zvládání a přijatou sociální oporou, bohužel nemůžeme usuzovat na kauzalitu (Dunkel-Schetter, Folkman & Lazarus, 1987). Protipólem k výše zmíněnému mechanismu, kde poskytnutá sociální opora ovlivní zvládání situace, je hypotéza, že zvolená copingová strategie komunikuje okolí, že sociální opora je žádoucí a jaký typ je nejvhodnější. Zvolená strategie také může ulehčovat poskytování některých typů opory.

Při zvládání konkrétních situací však jedinci obvykle používají více strategií, přičemž předpokládáme, že orientace na řešení problému je prospěšnější naší osobní pohodě než orientace na zvládání emocí (Thoits, 1995). Tato hypotéza však není jasně potvrzena a výsledky výzkumů naznačují různé závěry pravděpodobně proto, že žádná z copingových strategií není efektivní v každé situaci.

1.2.4 Sociální opora a její vztah ke zdraví a nemoci

Výzkumy konzistentně ukazují, že sociální izolace a osamělost negativně souvisí s naším zdravotním stavem, zatímco sociální opora různých typů a z různých zdrojů má pozitivní efekt na naše zdraví (House, Landis & Umberson, 1988). Má se za to, že kvalitní sociální vztahy jsou jedním z hlavních faktorů, které ovlivňují naše psychické zdraví, štěstí a subjektivní osobní pohodu (Myers & Diener, 1995).

Rostoucí počet empirických studií poukazuje na fakt, že strukturální (velikost sociální sítě, frekvence kontaktu) a funkční (dostupnost emoční opory) komponenty sociální sítě mohou různým způsobem souviset s indikátory osobní pohody (Huxhold, Fiori & Windsor, 2013). Zatímco funkční zdroje mohou hrát centrální roli v podpoře emoční osobní pohody, strukturální charakteristiky sociální sítě jsou relevantní především při zlepšování dalších aspektů osobní pohody, jako je funkční zdraví, a to skrze podporu většího zapojování se do aktivit a sociálního prostředí.

Při zkoumání souvislosti mezi různými typy sociální opory a smyslu v životě u osob starších 65 let se zjistilo, že přijímání emocionální opory ze strany rodinných příslušníků a přátel pozitivně souviselo s vyšším smyslem v životě, který byl

charakterizován čtyřmi dimenzemi (Krause, 2007). Tyto dimenze byly: existence systému hodnot, pocit cíle a smyslu v životě, očekávání do budoucna v podobě konkrétních cílů a schopnost vyrovnat se s tím, co se stalo v minulosti. Na druhou stranu souviselo přijímání instrumentální opory od významných druhých se smyslem v životě negativně. Informační opora neměla na smysl v životě žádný signifikantní vliv.

Přínos sociálních vztahů a zejména sociální opory pro naše zdraví může spočívat také v tom, že blízké osoby často podporují jedince ve zdravém chování (Thoits, 1995). Dále mohou sociální vztahy ovlivňovat naše zdraví tím, že v rámci vztahů jsme často zapojeni do aktivit podporujících fyzické (např. turistika) a mentální (např. zájmové kroužky) zdraví (Menec, 2003).

Ačkoliv se většina studií soustředí na pozitivní důsledky sociální opory na zdraví a pohodu, existují i studie zabývající se možnými negativními vlivy SO (Rook, 1984). Dlouhodobé nebo příliš intenzivní přijímání sociální opory může podkopat sebehodnocení jedince nebo v něm vyvolávat vztek, může zpomalovat uzdravení se z nemoci. Negativním vlivem SO se zabýval také Lu (1997). Negativní účinky se mohou projevit jak na straně poskytovatele, tak příjemce sociální opory. Přijímání bylo spojováno s pocity viny a závislosti, poskytování pak s pocity frustrace a zátěže. Tyto pocity respondentů byly překryty vlivem extraverze a sociální desirability.

V souvislosti se sociální oporou je často zkoumána také míra depresivity (Russell & Cutrona, 1991). Zajímavý je také vliv sociální opory na naše fyzické zdraví, nejčastěji se v rámci výzkumu sociální opory objevuje sledování kardiovaskulárního, endokrinního a imunitního systému (Uchino, Cacioppo & Kiecolt-Glaser, 1996).

Sociální opora a depresivita

Vztah sociální opory a depresivity je často zkoumán v souvislosti s životními událostmi (např. Russell & Cutrona, 1991) nebo onemocněním, např. srdečními chorobami (např. Holahan, Moos, Holahan & Brennan, 1995).

Zkoumání vlivu SO, negativních životních událostí a denní zátěže na depresivní symptomatiku u osob starších 65 let ukázal, že sociální opora má jak přímý, tak nepřímý efekt na míru depresivity (Russell & Cutrona, 1991).

Výzkumné studie ukazují také na vysokou míru depresivity u osob trpících srdečním onemocněním (Holahan, Moos, Holahan & Brennan, 1995). Ukázalo se, že nižší míru depresivity mezi osobami trpícími srdečním onemocněním vykazovali ti, kteří měli vyšší míru sociální opory a více používali aktivní copingové styly.

Sociální opora a fyzické zdraví

Dosavadní poznatky ve výzkumu sociálních vztahů a zdraví ukazují na fakt, že jak kvalita, tak kvantita sociálních vztahů souvisí s morbiditou a mortalitou (Uchino, Cacioppo & Kiecolt-Glaser, 1996). Výzkumné studie kontrolující zdravotní stav konzistentně ukazují zvýšené riziko úmrtí mezi osobami s nízkou kvantitou a někdy také nízkou kvalitou sociálních vztahů (House, Landis & Umberson, 1988). Studie ukazují, že sociální izolace patří mezi hlavní rizikové faktory zvýšené mortality. Souvislost mezi sociálními vztahy a zdravím je na srovnatelné úrovni s typickými faktory, jako jsou kouření, krevní tlak a fyzická aktivita.

Přehledová studie sledující vztah sociální opory a fyziologických procesů, která zahrnovala 81 výzkumných studií, ukazuje na fakt, že sociální opora pozitivně souvisí s aspekty kardiovaskulárního, endokrinního a imunitního systému (Uchino, Cacioppo & Kiecolt-Glaser, 1996).

Sociální opora a kardiovaskulární systém

Relativně velké množství studií se zaměřuje na spojitost mezi SO a fungováním kardiovaskulárního systému. Sociální opora byla dána do souvislosti s nižší mírou ischemické choroby srdeční (House, Landis & Umberson, 1988). Zkoumání tohoto vztahu je důležité pro své dopady jak na rozvoj, tak udržování této nemoci. Výsledky meta-analýzy ukazují, že korelační studie jsou konzistentní s předpokladem, že vyšší sociální opora souvisí s lepší kardiovaskulární regulací (např. nižším krevním tlakem). Laboratorní studie ukazují na fakt, že sociální opora může být důležitým faktorem v redukování kardiovaskulární reaktivity na psychosociální stres (Uchino, Cacioppo & Kiecolt-Glaser, 1996).

Sociální opora a endokrinní systém

Při výzkumu stresu a fungování endokrinního systému se nejčastěji zkoumá hladina kortizolu a katecholaminů. Souvislost sociální opory a endokrinního fungování nebyla doposud příliš zkoumána (Uchino, Cacioppo & Kiecolt-Glaser, 1996). Kvalitativní analýza dosavadních studií poukazuje na možnou souvislost SO a úrovně katecholaminů (lidé s nízkou SO ukazovali vyšší hladinu noradrenalinu, s vyšší sociální oporou pak vyšší nikoliv však signifikantní hladinu adrenalinu). Co se týče kortizolu, některé výsledky neprokázaly souvislost mezi sociální oporou a mírou kortizolu, jiné zase poukazují na nižší hladinu kortizolu ve stresových situacích, kde se nám dostává opory od partnera.

Sociální opora a imunitní systém

Studie sledující vztah sociální opory a imunitního systému jsou konzistentní s předpokladem, že vyšší sociální opora souvisí s lepším fungováním imunitního systému (Uchino, Cacioppo & Kiecolt-Glaser, 1996).

1.2.5 Prediktory sociální opory

V odborné literatuře se setkáváme s výzkumy, které se zaměřují na určení prediktorů sociální opory. Mezi nejčastější patří zkoumání osobnostních charakteristik. Jako možné prediktory byly zkoumány například Eysencovy dimenze extraverze a neuroticismu (např. Krause, Liang & Keith, 1990; Sarason, Levine, Basham & Sarason, 1983) odolnost ve smyslu hardiness (Wallace, Bisconti & Bergeman, 2001) nebo sociální desirabilita (Lu, 1997). Vliv na sociální oporu mají také sociodemografické charakteristiky (Thoits, 1995).

Prediktory sociální opory byly zkoumány také na české populaci. Autoři studie zkoumali vztah sociální opory a odolnosti ve smyslu hardiness, Eysencovy dimenze lability a extraverze, sociální desirability, životních událostí, demografických charakteristik a zdravotním stavem (Kebza & Šolcová, 2003). V rámci sociální opory bylo zjišťováno celkem pět proměnných, a to anticipovaná a získaná sociální opora,

sociální kontakt s rodinou a přáteli a celkový součet těchto čtyř, souhrnně označený jako sociální zdroje.

Osobnostní charakteristiky

Z osobnostních charakteristik bývá nejčastěji sledována míra extraverze a neuroticismu. Výzkumy se dále zaměřují například na odolnost jedince nebo sociální desirabilitu (Kebza & Šolcová, 2003) nebo na sociální kompetence (Fydrich, Sommer & Brähler, 2007).

Rysy osobnosti

Studie zkoumající dimenzi extraverze/introverze ve vztahu k sociální opoře zjistila, že extraverze pozitivně koreluje jak s vnímanou a přijatou sociální oporou tak s velikostí sociální sítě (Swickert, Rosentreter, Hittner & Mushrush, 2002). Extraverti však nevykázali vyšší spokojenost se sociální sítí než introverti. Ve zkoumání páru se extraverze ukázala být důležitější u poskytovatelů a nikoliv příjemců sociální opory. Extraverze poskytovatelů spíše určovala množství poskytované, respektive přijímané opory než extraverze příjemců (Cutrona, Hessling & Suhr, 1997). Míra negativity příjemce SO, definovaná jako kombinace neuroticismu a depresivity, měla vliv na hodnocení poskytované opory a to tak, že lidé s vyšší negativitou hodnotili chování partnera jako méně podpůrné a naopak.

V české studii souvisela dimenze extraverze pozitivně s množstvím kontaktů (Kebza & Šolcová, 2003). Neuroticismus se překvapivě ukázal jako pozitivní prediktor anticipované sociální opory. Obecně však můžeme říci, že obě dimenze souvisí se sociální oporou, ale každá opačně (Kebza, 2005). Zatímco extraverze vykazuje pozitivní korelace, neuroticismus korelace negativní. Dimenze extraverze se výrazněji projevuje u proměnných souvisejících se sociální sítí, neuroticismus koreluje výrazněji s proměnnými, které představují sociální oporu.

Hardiness

Dalším zkoumaným prediktorem sociální opory je odolnost ve smyslu hardiness (Wallace, Bisconti & Bergeman, 2001). V této studii se odolnost projevila jako mediátor sociální opory a zkoumaných charakteristik jako depresivita, životní spokojenost a sebedposouzení zdravotního stavu u respondentů mezi 60 a 75 lety věku.

V oblasti získané sociální opory se odolnost ve smyslu hardiness uplatňovala pozitivně (Kebza & Šolcová, 2003). Tímto vztahem se autoři zabývali podrobněji a zjistili, že pozitivní vztah sociální opory a hardiness souvisí se dvěma komponenty hardiness, a to s odpovědností a kontrolou.

Sociodemografické charakteristiky

Jako významný prediktor sociální opory se ukazuje být věk, socioekonomický status, status zaměstnance a rodinný stav (Thoits, 1995).

Pohlaví

Mezi zkoumané faktory patří také pohlaví. S pohlavím souvisí zapojení se do sociální sítě, kde muži inklinují spíše k udržování širší sítě oproti ženám, ty zase udržují bližší a intenzivnější vztahy (Thoits, 1995). Studie provedená v rámci Průzkumu sociálních vztahů v Detroitu u dvou věkových skupin (50-64 let a 65-79 let) ukázala, že ženy měly u obou věkových skupin širší sociální síť na všech úrovních (Antonucci, Ajrouch, & Birditt, 2006). Poměr členů rodiny v síti byl zase vyšší mezi muži. Jinde se ukázalo, že ženské pohlaví pozitivně souvisí s množstvím kontaktů s rodinnými příslušníky (Kebza & Šolcová, 2003).

Ženy bývají ve své sociální síti více ukotveny, dostává se jim možnosti více emoční opory nejen přijímat, ale také poskytovat. Se zapojením do sociální sítě vzrůstá ale také riziko sociální zátěže (Fydrich, Sommer & Brähler, 2007). Rozdíly mezi pohlavími se potvrdily také ve validizační studii metody F-SozU, kde ženy vykazaly vyšší vnímanou emoční a instrumentální oporu, vyšší míru reciprocit ve vztazích a lepší dostupnost důvěrné osoby, na druhé straně souviselo ženské pohlaví také s vyšší sociální zátěží.

Věk

Věk ovlivňuje velikost sociální sítě (Thoits, 1995). Standardně vykazuje negativní vztah s mírou sociální integrace a s vnímanou sociální oporou. Otázkou věku se zabývala také validizační studie, která prokázala negativní souvislost věku a vnímané sociální opory (Fydrich, Sommer & Brähler, 2007). V rámci zmíněné studie se ukázalo, že co do velikosti byla síť starších osob menší na všech úrovních, starší lidé měli také nižší frekvenci kontaktů (Antonucci, Ajrouch, & Birditt, 2006). Poměr členů rodiny v sociální síti obou skupin byl přibližně stejný. Vliv věku se prokázal také v české studii a to tak, že s narůstajícím věkem klesaly kontakty s přáteli (Kebza & Šolcová, 2003).

Zdraví

Mírou sociální opory může být naše zdraví. Empirická data naznačují, že fyzická funkčnost je důležitým prediktorem sociální opory, která pak dále ovlivňuje depresivní symptomatiku a životní spokojenost (Newsom & Schultz, 1996). Fyzické zdraví jako prediktor sociální podpory se ukázal také v české studii (Kebza & Šolcová, 2003). Pokud si jedinec zachovával takovou míru soběstačnosti, že byl schopen sebeobsluhy, byla chronická nemoc či fyzický handicap negativním prediktorem kontaktů s rodinou. Pokud však míra soběstačnosti narušovala schopnost sebeobsluhy, bylo uváděno nejvíce kontaktů s rodinou.

Rodinný stav

Ukazuje se, že život v partnerském vztahu se sociální oporou také souvisí a to tak, že vdaní/ženatí lidé vykazují vyšší vnímanou oporu (Thoits, 1995). Také ve validizační studii se prokázal vliv partnerského vztahu (Fydrich, Sommer & Brähler, 2007). Samotný fakt partnerského vztahu pozitivně koreloval s vnímanou emoční oporou a dostupností důvěrné osoby.

Členství v organizacích

Studie také poukázala na souvislost mezi sociální oporou a aktivitami v rámci různých spolků a sdružení (Fydrich, Sommer & Brähler, 2007). Pozitivní souvislost se ukázala s dimenzí sociální integrace a reciprocita.

Socioekonomický status

Faktory socioekonomického statutu ovlivňují velikost sociální sítě a to tak, že čím vyšší socioekonomický statut, tím širší sociální síť (Thoits, 1995). Pozitivní vztah vykazuje socioekonomický status také s vnímanou sociální oporou. Ten je v tomto kontextu chápán jako nárazník vůči stresu. Funguje totiž jako náš osobní zdroj, který nám zajišťuje přístup k finančním prostředkům a vzdělání. Faktor vzdělání pozitivně koreloval se složkami sociální opory v rámci validizační studie metody F-SozU (Fydrich, Sommer & Brähler, 2007). Pozitivní korelace se projevily u vnímané opory a to jak u složky emoční, tak instrumentální. Pozitivní vztah se projevil také u složky spokojenost se sociální oporou a dostupností důvěrné osoby. Negativní vztah se ukázal u dimenze sociální zátěže.

Se socioekonomickým statusem souvisí také dostupnost finančních prostředků. Studie zaměřující se pouze na souvislost peněz však nejsou dostupné, otázka financí je většinou zahrnuta v rámci proměnné socioekonomický status a to i přesto, že peníze samy o sobě mohou znamenat významný zdroj vyrovnávání se se stresem (Thoits, 1995).

Status zaměstnance

Se socioekonomickým statusem souvisí status zaměstnance, který pozitivně koreluje s mírou sociální integrace (Thoits, 1995). Souvislost můžeme vysledovat také mezi vykonávaným povoláním a sociální oporou. Pozitivní vztah s povoláním se ukázal z hlediska anticipované sociální opory, kde jsou na tom lépe vysokoškolští odborníci a nemanuální povolání (Kebza & Šolcová, 2003). Nekvalifikované dělnické práce (nízký socioekonomický status) negativně koreloval s počtem kontaktů s přáteli. Antonnuci, Ajrouch a Birditt (2006) také poukázali na pozitivní souvislost mezi dosaženým vzděláním a šíří sociální sítě u osob ve věku od 50 do 79 let.

S vnímanou oporou pozitivně souvisí míra extraverze, manželský status nebo socioekonomický status. Negativní vliv na vnímanou oporu má například věk.

Se sociální integrací souvisí pozitivně opět extraverze, status zaměstnance nebo členství v organizacích. Negativní souvislost se prokazuje s věkem.

Celkové zhodnocení pomocí souhrnné proměnné sociální zdroje v české studii ukázalo, že lépe sociální zdroje vytvářejí a využívají vzdělanější lidé, ženy, extraverti a odolní jedinci, u kterých se uplatňuje vysoká odpovědnost k životu (Kebza & Šolcová, 2003).

1.2.6 Měření sociální opory

K měření sociální opory bylo vytvořeno mnoho metod, které se liší především tím, z jakého teoretického rámce sociální opory vycházejí (Sarason, Shearin, Pierce & Sarason, 1987). Metody měření se zaměřují na vnímanou a přijímanou sociální oporu a na sociální integraci, přičemž metody k zachycení vnímané opory jsou nejčastější.

Existence mnoha různých metod, které je možné použít pro měření sociální opory, reflektuje nedostatek shody v konceptu sociální opory (Sarason, Shearin, Pierce & Sarason, 1987). Z komparačních studií vyplývá, že vzájemné korelace se ukazují především tam, kde dotazníky staví na stejném konstruktu. Proto je třeba vycházet z toho, jak sociální oporu operacionalizujeme. Různé metody nám dovolují sledovat rozdíly mezi různými koncepty a zamýšlet se nad jejich příčinami, např. co ovlivňuje míru naší shody ve vnímané a přijímané opoře. Pravděpodobně existují i varianty na posouzení cizí osobou, kde bychom opět mohli sledovat rozdíly ve vnímané a poskytované opory.

Základní rozdělení metod tedy staví na rozlišení podle sledování vnímané a přijímané sociální opory a sociální integrace.

Vnímanou oporu můžeme sledovat **Dotazníkem sociální opory** („*Social Support Questionnaire*“) (SSQ; Sarason, Levine, Basham & Sarason, 1983) nebo **Inventářem hodnocení interpersonální opory** („*Interpersonal Support Evaluation List*“) (ISEL; Cohen, Mermelstein, Kamarck & Hoberman, 1985 podle Sarason, Shearin, Pierce &

Sarason, 1987). V německém prostředí lze k měření vnímané sociální opory použít **Dotazník k sociální opoře** („*Fragebogen zur Sozialen Unterstützung*“) (F-SozU; Fydrich, Sommer & Brähler, 2007).

Metodou k zachycení přijímané sociální opory je například **Dotazník sociálně oporného chování** („*Inventory of Socially Supportive Behaviors*“) (ISSB; Barrera, Sandler & Ramsay, 1981). Dotazníková forma hodnocení poskytované (přijímané) sociální opory však může přinášet zkreslení způsobené retrospektivním hodnocením situace (Barrera, 1986). Z hlediska výzkumného by bylo spolehlivější hodnotit poskytovanou oporu na základě pozorování konkrétního chování. Mezi takové metody patří např. **Kódování sociálně oporného chování** („*Social Support Behavior Code*“) (SSBC; Cutrona, Hessling & Suhr, 1997). Tato metoda hodnotí frekvenci výskytu 23 typů oporného chování v komunikaci, které jsou rozděleny do pěti kategorií: emoční opora (vyjádření lásky, empatie), hodnotící opora (vyjádření ocenění, respektu), informační opora a materiální pomoc. Hodnocení sociální opory zahrnuje komunikaci, jediným neverbálním kódem je fyzický afekt (pohlazení, držení za ruce), nezahrnuje tedy všechny druhy oporného chování. Jiná metoda používá k zachycení poskytování a přijímání sociální opory zapisování denních záznamů (Bolger, Zuckerman & Kessler, 2000).

Sociální integraci pak můžeme sledovat například pomocí **Inventáře sociální sítě** („*Social Network List*“) (SNL; Stokes, 1983).

Souhrn

Sociální oporu můžeme chápat jako přesvědčení, že jsou kolem nás lidé, kteří nás milují, na které se můžeme spolehnout a kteří nám v náročné situaci poskytnou pomoc. Definice sociální opory jsou často příliš široké, proto se rozlišuje několik typů a konceptů.

Sociální oporu můžeme dělit podle různých kritérií. Nejčastější je dělení na oporu emocionální, instrumentální, hodnotící a informační. Můžeme rozlišovat také mezi strukturální a funkční oporou nebo specifickou a obecnou.

Existují tři hlavní koncepty sociální opory: vnímaná a poskytovaná sociální opora a sociální integrace. Sociální integrace vyjadřuje vazby, které v sociálním poli udržujeme. Vnímaná opora je určována naším očekáváním, že nám v případě potřeby bude poskytnuta pomoc. V rámci poskytované opory můžeme pracovat s perspektivou toho, kdo oporu poskytuje. Opačným pólem tohoto konceptu je přijímaná opora, která určuje fakticky přijatou oporu. Pojmy poskytované a přijímané opory jsou často zaměňovány. Ve studiích je zájem zaměřen převážně na perspektivu příjemce.

Modely sociální opory pracují s kontextem stresujících událostí. Nejznámější modely jsou model přímého účinku a nárazníkový model. Další modely jsou model mobilizující se efektivní opory, model prevence stresu a model zhoršené opory.

Definováním a poskytováním vhodných typů opory pro různé stresující události můžeme vytvořit koncept copingové asistence, která jedinci pomůže vyrovnat se se stresující událostí. Sociální oporu však můžeme chápat také jako součást copingové strategie.

Sociální opora působí na naše psychické i fyzické zdraví. Má pozitivní vliv na osobní pohodu a vnímání smyslu v životě. Pozitivní účinky se ukazují také v souvislosti s mírou depresivity, mortalitou a fungováním zejména kardiovaskulárního, endokrinního a imunitního systému. Přesto bychom neměli zapomínat na možné negativní účinky.

Mezi možnými prediktory sociální opory se objevují především osobnostní charakteristiky, jako jsou osobnostní rysy a odolnost ve smyslu hardiness, a

sociodemografické charakteristiky, mezi které patří věk, pohlaví, zdravotní stav nebo socioekonomický status.

K měření sociální opory bylo zkonstruováno mnoho metod. Ve výzkumných studiích se tak málokdy setkáme se shodným postupem při měření. Při výběru vhodné metody je třeba dbát na to, kterým konceptem se daná metoda zabývá. Nejčastější je použití dotazníkových metod, můžeme však použít i metodu pozorování.

1.3 Specifika sociální opory u seniorů

Sociální opora v seniorském věku se vyznačuje několika specifiky. Ty na jedné straně vyplývají z obecných prediktorů sociální opory, na straně druhé ze specifických charakteristik seniorského věku. Tato kombinace prediktorů a specifík pokročilého věku nám umožňuje vysledovat některé obecné tendence vážící se k této věkové kategorii. I v seniorském věku však existují individuální rozdíly, které mohou být způsobeny osobnostními rozdíly nebo změnami, které se k tomuto věku váží, ale které nemusí nutně postihnout každého.

1.3.1 Psychologické charakteristiky sociální opory u seniorů

Sociální opora se s věkem mění (Hogan, Eggebeen & Clogg, 1993). Nejpatrnější jsou pravděpodobně změny v povaze a dostupnosti ve starším věku. Dostupnost se může s odcházením přátel a vdovstvím pomalu snižovat. Co se povahy týče, jedná se u mladých lidí především o finanční pomoc či pomoc s dětmi. Ve starším věku vykazuje sociální opora jiný vzorec. Staří lidé nejčastěji vyhledávají pomoc v domácnosti a v péči o vlastní osobu. Navzdory těmto rozdílům se vnímání dostupnosti a kvality sociální opory mění s věkem jen velmi málo.

S věkem však může docházet ke změnám kvality ve vztazích. Výsledky studie zabývající se tímto tématem naznačují, že s věkem roste jak negativní, tak pozitivní kvalita ve vztahu k partnerovi (Antonucci, Ajrouch & Birditt, 2006). Ve vztazích s dětmi a přáteli klesá negativní kvalita, pozitivní zůstává přibližně stejná. Výše pozitivní kvality vztahu pak ovlivňuje poskytovanou sociální oporu, a to tak, že v rámci kvalitnějších vztahů je opora poskytována/přijímána častěji, u těch méně kvalitních pouze v situacích s velkou mírou stresu (Birditt, Antonucci & Tighe, 2012)².

Ve struktuře a fungování sociální opory se mohou nejen v populaci seniorů ukazovat také kulturní rozdíly. Takto zaměřená studie sledovala sociální síť ve věkovém rozmezí 8-93 let ve dvou zemích, v USA a Japonsku, a to v letech 1991-1994 (Antonucci,

²Je vhodné upozornit, že data použita v těchto dvou studiích (Antonucci, Ajrouch & Birditt, 2006; Birditt, Antonucci & Tighe, 2012) pochází ze stejného průzkumu provedeného v roce 1992.

Akiyama & Takahashi, 2004). Pro věkovou skupinu 60-69 platilo v obou kulturách, že v nejbližším kruhu se nacházel partner a děti, v USA ještě sourozenec, který byl v Japonsku zařazen spíše v prostředním kruhu. Oproti předchozí věkové skupině se sociální síť změnila tak, že ze z ní vypadla matka, což je dáno jejím pravděpodobným úmrtím. Struktura sociální sítě zůstává přibližně stejná až do věku 80 let a více, kdy do ní vstupují vnoučata. Zatímco v Japonsku patří vnouče do nejbližšího kruhu, v USA až do nejvzdálenějšího. Toto může být dáno například vzdáleností mezi bydlištěm prarodiče a vnoučat. Z této studie plyne, že ačkoliv struktura sociálních sítí sleduje jisté obecné zákonitosti, můžeme v ní najít jisté kulturní rozdíly.

Také porovnávání sociální sítě stárnoucích Evropanů ukazuje, že mezi jednotlivými kulturami existují podobnosti, patrné jsou však i kulturní rozdíly (Wenger, 1997). Ženy se dožívají vyššího věku a tak více než muži spoléhají na své dospělé děti. Jak ženy, tak muži nejčastější kontakt i nejvíce sociální opory získávají od partnera a dospělých dětí. Opora je očekávána i od přátel a sourozenců, díky časté vzdálenosti se však v sociální síti častěji objevují sousedé. Širší rodina nebývá v sociální síti silněji zastoupena, ačkoliv za jistých podmínek by i ta mohla být zdrojem opory a pomoci. Obdobnou studii zabývající se sociální sítí českých seniorů se autorce zatím nepodařilo najít.

Prediktory sociální opory a charakteristiky stáří mohou spoluurčovat charakter sociální opory u seniorů. S ohledem na předchozí text vidím hlavní charakteristiky tak, jak jsou znázorněny v tabulce 1 a dále popsány v textu.

Prediktor	Charakteristika ve stáří
Věk	- sám o sobě prediktorem sociální opory
Osobnostní rysy	- pokles extraverte - větší stabilita vztahů
Socioekonomický status	- obecné snížení socioekonomického statusu v důchodovém věku
Zastávané role	- ztráta statusu zaměstnance, ztráta statusu ženaté/vdané osoby - získání nových rolí, např. prarodiče
Zdravotní stav	- větší pravděpodobnost onemocnění zvláště chronického

Tabulka 1: Charakteristiky sociální opory u seniorů (autor Adéla Rudá)

Věk

S věkem se mění množství kontaktů v sociální síti, starší lidé kontinuálně vykazují pokles v počtu osob, které se nacházejí v jejich síti (Granello, 2001). Ještě větší rozdíly se ukázaly v míře vnímané SO, kde starší lidé své okolí vnímali mnohem méně jako zdroj sociální opory než lidé mladší. Toto zjištění je v rozporu s výše uvedeným výsledkem, že vnímaná opora se s věkem mění jen velmi málo (Hogan, Eggebeen & Clogg, 1993).

S věkem dochází obecně nejen ke kvantitativnímu snižování jak v poskytování, tak přijímání emocionální opory, ale také k vybalancování rozdílu mezi dáváním a přijímáním (Keyes, 2002). V této americké studii se na pěti věkových kategoriích ukázalo postupné snižování jak poskytované, tak přijímané emocionální opory. S věkem docházelo také k vybalancování množství přijaté a poskytované opory. Tyto výsledky podporují jednak teorii spravedlnosti v sociálních vztazích, která se zabývá snahou o vzájemnou reciprocitu, a jednak také teorii socioemocionální selektivity. Ta hovoří o poklesu množství sociálních kontaktů, předpokládá, že se staří lidé budou angažovat v emočně důležitých vztazích, které nejčastěji představují rodinní příslušníci a dobří přátelé (Carstensen, 1992).

Ve zmíněném výzkumu byla dále měřena emoční osobní pohoda, kde se ukázalo, že nerovnosti ve vztazích jakýmkoliv směrem u věkových skupin 55-64 a 65 až 74 negativně souvisely s pozitivním afektem a pozitivně korelovaly s negativním afektem, zatímco s pozitivním afektem nerovnosti ve vztazích nesouvisely (Keyes, 2002). Tento výsledek naznačuje, že i ve stáří se uplatňuje reciprocita ve vztazích, v tomto případě v poskytování a přijímání emocionální opory. Zajímavé by jistě bylo zjišťovat, zda by stejný efekt na naši osobní pohodu měla také nerovnost v instrumentální opoře, a to zejména v kontextu snížené soběstačnosti, která se v pokročilém věku nevyhne téměř nikomu.

Extraverze

Ve stáří dochází ke změnám v naší osobnosti. Rys extraverze nabírá s věkem klesající tendenci a to spíše u mužů než u žen (Vágnerová, 2007). Zároveň se má za to, že míra extraverze je prediktorem velikosti sociální sítě (Thoits, 1995).

V britské studii zabývající se sociální oporou u osob starších 60 let a jejími prediktory bylo zjištěno, že efekt extraverze pozitivně koreloval s počtem sociálních vazeb, především přátelských, které osoby navazují a udržují (Krause, Lian & Keith, 1990). Bylo také zjištěno, že osoby, které udržují častější kontakt s ostatními, převážně rodinnými příslušníky, vypovídají také o vyšší získané emocionální opoře, která dále podporuje anticipovanou oporu do budoucna. Z výsledku této studie můžeme tedy usuzovat, že míra extraverze pozitivně ovlivňuje naši sociální integraci, která má za následek více získané sociální opory, a ta se do jisté míry dále odráží na vnímané opoře.

Socioekonomický status

Socioekonomický status ovlivňuje jak velikost sociální sítě, tak míru vnímané opory (Thoits, 1995). Socioekonomický status je tvořen materiálními komponentami, tedy především našimi finančními příjmy, a statusovými komponentami, které tvoří především naše vzdělání a povolání (Stronks, Van De Mheen, Van Den Bos & Mackenbach, 1997). S ekonomickým statusem úzce souvisí status zaměstnance, jehož ztráta znamená pokles finančních příjmů. Vzhledem k tomu, že s odchodem do důchodu naše příjmy rapidně klesají a náš status se mění z pracujícího na ekonomicky neaktivního, dochází k celkovému snížení našeho socioekonomického statutu. Přestože naše vzdělání a povolání, které jsme vykonávali, nám nikdo vzít nemůže, již nejsme skrze ně charakterizováni. Namísto toho jsme charakterizováni jako důchodci, kteří s odkazem na výzkum vnímání seniorů v ČR jsou často spojováni s negativními představami (Sak & Kolesárová, 2013).

S poklesem socioekonomického statusu, ztrátou statusu zaměstnance a poklesu úrovně příjmů, se jednak mohou projevit změny v sociální opoře (Thoits, 1995), jednak může mít pokles příjmů vliv na subjektivní hodnocení vlastního zdraví a sklony ke chronicitě (Stronks, Van De Mheen, Van Den Bos & Mackenbach, 1997).

Ztráta rolí

Ve starším věku dochází často ke ztrátě dvou významných rolí, které ovlivňují sociální oporu. Jde především o status zaměstnance, který ztrácíme odchodem do důchodu, a manželský status, o který přicházíme v případě úmrtí partnera.

Pokud jde o status zaměstnance u osob nad 60 let, jeho vliv na sociální kontakt a vnímanou emocionální oporu se v již zmíněné studii signifikantně neprojevil (Krause, Lian & Keith, 1990).

Tento výsledek nepotvrzuje předešlou hypotézu o vlivu statusu zaměstnance na sociální oporu (Thoits, 1995). Stronks, Van De Mheen, Van Den Bos a Mackenbach (1997) uvádějí, že vliv nezaměstnanosti se uplatňuje především skrze snížení příjmů. Autorka se domnívá, že ztráta zaměstnání z důvodu odchodu do důchodu nemusí znamenat takové změny, protože člověk se na tuto změnu dlouhodobě připravuje. Je také otázkou, jaké snížení příjmů zažívají lidé odcházející do důchodu v jednotlivých zemích. Je možné, že v některých zemích není odchod do důchodu spojen s velkým propadem finančních příjmů.

U ženatých, respektive vdaných osob nad 60 let, se ukázalo, že tyto osoby měly více kontaktu s rodinou, svobodní či ovdovělí navazovali zase více mimo rodinných vazeb (Krause, Lian & Keith, 1990). Ze získaných dat také vyplývá, že ženatí lidé dostávali více emocionální opory než svobodní. Studie však sledovala i vliv sociální opory na distress, jehož měření zahrnovalo depresivní afekt, somatickou symptomatologii a pozitivní afekt. Výsledky ukázaly, že přímý vliv na osobní pohodu respondentů měl kontakt s přáteli a vnímaná sociální opora. Nepřímý vliv měl kontakt s rodinnými příslušníky a přijímaná opora.

Zdraví

Existuje mnoho souvislostí mezi zdravotním stavem a sociálními vztahy. Některé znaky biologického stárnutí jako jsou zhoršování sluchu či zraku, mohou samy o sobě přispívat ke zhoršení vztahů či komunikace a mohou vést až k sociální izolaci (Fook & Morgan, 2000; Margrain & Boulton, 2005). Biologické stárnutí se také projevuje na fungování některých systémů, například *srdečního a cévního systému*, kde je nejčastějším onemocněním ischemická choroba srdeční (Holmerová et al., 2007). Ukazuje se, že nižší míra této choroby souvisí s vyšší sociální oporou (House, Landis & Umberson, 1988). Můžeme se tedy domnívat, na protektivní účinek sociální opory na fyzické zdraví nejen ve stáří.

Sledování souvislosti mezi fyzickou funkčností, sociální oporou, depresivní symptomatiku a životní spokojeností u osob starších 65 let ukázalo, že fyzické zhoršení bylo asociováno s nižším počtem kontaktů s přáteli i rodinnými příslušníky, nižším pocitem sounáležitosti a nižší vnímanou instrumentální oporou (Newsom & Schultz, 1996). S depresivní symptomatologií souvisela nižší míra vnímané opory. Výsledky ukázaly, že nižší vykazovaná sociální opora je významným předpokladem pro snížení životní spokojenosti a zvýšení depresivní symptomatiky v populaci starých lidí. Výsledky také podporují model, kde fyzická funkčnost je důležitým prediktorem sociální opory, která pak dále ovlivňuje depresivní symptomatiku a životní spokojenost.

1.3.2 Sociální opora v kontextu ztráty

V následujících podkapitolách se budu věnovat nejčastějším a pravděpodobně nejsilnějším stresovým událostem, které jsou specifické pro starší věk. Jak bylo uvedeno výše, není mezi věkovými kategoriemi hlavní ani tak rozdíl v kvantitě, jako v kvalitě. Ve stáří se zvýšeně vyskytují stresující události, které jsou spojeny se ztrátou, ať už rolí či vztahů (Lynch & George, 2002). Tyto typické stresové situace spojené se ztrátou často není možné efektivně řešit. To může být jedním z důvodů, proč staří lidé při zvládání stresových událostí tíhnou spíše k emočně zaměřeným strategiím (Folkman, Lazarus, Pimley & Novacek, 1987).

Ukazuje se, že vnímaná opora je pro přizpůsobení se stresujícím životním událostem obecně významnější než přijatá opora (Hogan, Eggebeen & Clogg, 1993). Zdá se také, že vnímání dostupné opory může ovlivňovat účinek té fakticky přijaté (Wethington & Kessler, 1986).

Již zmíněná studie se zabývala sociální oporou ve stáří, v tomto případě 50-69 let, v kontextu stresujících životních událostí (Birditt, Antonucci & Tighe, 2012). Studie zkoumala, zda se objevují souvislosti mezi pozitivními kvalitami vztahu (úcta, vnímaná sociální opora a blízkost) a přijímanou oporou. Poskytovatelé SO během stresující události byli z 39% partneři, z 38% členové rodiny a z 23% přátelé. Výsledky naznačují, že poskytovaná opora jedinci, který se ocitl ve stresové situaci, závisí na kvalitě vztahu a charakteru stresoru. Míra stresu tedy moderovala vztah mezi kvalitou vztahu a mírou

přijaté, resp. poskytnuté sociální opory. Účastníci, kteří prožívali vyšší míru stresu, vykazovali také vyšší přijatou emocionální a instrumentální oporu. Při vysoce stresové události byly zdrojem sociální opory jak kvalitní, tak méně kvalitní vztahy. Při nižší stresové zátěži však byly zdrojem opory pouze kvalitní vztahy. Zdroje sociální opory z méně kvalitních vztahů jsou při menším stresu využívány podstatně méně. Vyšší přijatá emocionální opora pozitivně souvisela s úctou a vnímanou oporou. Tento výsledek koresponduje s výše zmíněným modelem mobilizující se efektivní opory (Barrera, 1986).

Při zkoumání negativních životních událostí a vnímané opory jako prediktorů psychického a fyzického zdraví u starých osob bylo zjištěno, že ty typy sociální opory, které zvyšují jedincovu sebehodnotu, jsou spojeny s nižší náchylností k fyzické nemoci (Cutrona, Russell & Rose, 1986). Při velké stresové zátěži se pozitivní účinky sociální opory, charakterizované jako projevoování přízně a vedení, projevíly také na psychickém zdraví.

Pokud jde o charakteristiku stresových událostí, vidím jako hlavní události spojené se stářím:

- **odchod do důchodu,**
- **ztrátu blízkého člověka,**
- **ztrátu zdraví a soběstačnosti.**

Chtěla bych zdůraznit, že tyto události nejsou výlučně specifické pro seniorský věk, mohou nás postihnout kdykoliv. Během života však budeme tyto události chápat jako nehodu, ve stáří jako něco nevyhnutelného, co nás dříve či později dostihne. Je možné, že naše okolí pak těmto událostem nepřikládá takový význam, jako kdyby nás postihly v mládí či dospělosti, spíše je chápou jako něco přirozeného. To však neznamená, že jsou tyto události pro staré lidi méně stresující.

Změny v sociální síti spojené s odchodem do důchodu

Odchod do důchodu se téměř vždy uskuteční v období raného stáří. Odcházení „na odpočinek“ je spojeno především se změnami v sociální síti a socioekonomickém statusu. Odchodem do důchodu přicházíme o mnoho sociálních kontaktů a je nám

přiřazen nízký socioekonomický status. Obě tyto ztráty mají vliv na sociální oporu (Thoits, 1995).

Odchod do důchodu je bezpochyby přelomem v životě člověka. Tím, jakými změnami v tomto období prochází sociální vztahy člověka, se zabývala studie z Nizozemí sledující 50 mužů v období odchodu do penze (van Tilburg, 1992). Dvě měření v intervalu jednoho roku sledovaly nejen změny ve velikosti sociální sítě, ale také charakteristiku členů sítě a reciprocitu těchto vztahů. Průměrná velikost sociální sítě se s odchodem do důchodu téměř nezměnila, charakteristika členů však zaznamenala menší změny. Počet kolegů v sociální síti klesl o polovinu, nejmenší pokles zaznamenali rodinní příslušníci. Z hlediska počtu osob byla mezi jednotlivými měřeními ukončena třetina vztahů. Ukončené vztahy však byly, vzhledem k přibližně stejné velikosti sítě, úspěšně nahrazeny jinými. Frekvence kontaktů během času stoupla s rodinnými příslušníky a přáteli, klesla s kolegy. Při dalším zkoumání jednotlivých vztahů, se projevil také efekt reciprocity, kterou autor operacionalizoval jako poměr přijaté a poskytnuté emoční a instrumentální opory a kamarádství („*companionship*“). Pokud byly vztahy vyvážené nebo negativně nevyvážené (respondent dává více), měly větší šanci dalšího pokračování než pozitivně nevyvážené vztahy (respondent přijímá více). Ve dvou měřeních se ukázala tendence ke snižující reciprocitě, způsobená především vyšší mírou poskytované sociální opory ze strany respondentů.

Výsledky opět podporují jednak teorii spravedlnosti v sociálních vztazích, která vyzdvihuje potřebu reciprocity a spravedlnosti, a jednak také teorii socioemocionální selektivity (Keyes, 2002). Zajímavé je zjištění, pokud jde o reciprocitu. Lidé v této studii měli tendenci ukončovat spíše vztahy pro ně výhodné než nevýhodné. Za pozornost stojí také fakt, že nevyváženost ve vztazích byla způsobena vyšší mírou poskytované opory ze strany respondentů. To znamená, že rané stáří s sebou ještě nemusí přinášet zvýšenou potřebu především instrumentální opory, ale naopak díky dobré fyzické kondici a množství volného času mohou být právě mladí senioři poskytovatelé sociální opory.

Odchod do důchodu nemusí znamenat úplný odchod z pracovního života, senioři mají možnost dále pracovat třeba jen brigádně nebo se jinak angažovat v různých dobrovolnických organizacích. Ukazuje se, že ať už placená či neplacená činnost souvisí pozitivně s životní spokojeností (Aquino, Russell, Cutrona & Altmaier, 1996). Výsledky

částečně podporují hypotézu, že tento vztah je moderován sociální oporou, která přímo souvisela s životní spokojeností.

Sociální opora v kontextu ztráty blízkého člověka

Dalším stresujícím momentem ve stáří je ztráta blízkého člověka. Nejčastěji se hovoří o ztrátě partnera. Tato je v odborných studiích nahlížena především z pohledu žen, které jí prožívají častěji, protože se dožívají průměrně vyššího věku a často mají starší partnery. Blízký člověk však není jen partner, v této životní etapě můžeme přijít i o naše sourozence a přátele, nebo také o rodiče. Ztrátou přátel a partnera bezesporu trpí naše sociální síť a snižuje se dostupnost sociální opory (Hogan, Eggebeen & Clogg, 1993). Přicházíme také o status manželství, který pozitivně souvisí s vnímanou sociální oporou (Thoits, 1995) a lepší dostupností důvěrné osoby (Fydrich, Sommer & Brähler, 2007). Pro stárnoucí muže to může platit ve zvýšené míře. Jejich přátelské vztahy jsou čím dál méně důvěrné a klesá jak jejich schopnost, tak touha nová přátelství vytvářet. Jako důvěrnou osobu, na rozdíl od žen, často volí svou partnerku (Field, 1999).

Předpokládá se, že v kontextu ztráty blízkého člověka se uplatňuje nárazníkový model sociální opory jak ve zvládání stresující události, kdy sociální opora poskytnutá rodinou a přáteli zmírní pocity ztráty, tak v podpoře adaptivních strategií vyrovnávání se se ztrátou (Stroebe, Zech, Stroebe & Abakoumkin, 2005). Tento předpoklad se potvrdil například ve studii Krauseho (1986), která zkoumala přijatou sociální oporu s depresivními a somatickými symptomy při stresujících životních událostech. Účinek nárazníkového efektu se ukázal pouze u některých typů stresorů, mezi které patřila také ztráta blízkého člověka. Vyšší míra přijaté opory byla spojena s nižší mírou somatických problémů, jako je nechutenství či nespavost.

Jiné studie nárazníkový efekt nepodporují (např. Stroebe, Zech, Stroebe & Abakoumkin, 2005). Půl roku a rok a půl po smrti partnera se u ovdovělých žen objevovalo signifikantně více depresivních symptomů než u žen vdaných, tento rozdíl však do dvou let vymizel. Podobně tomu bylo s vnímanou sociální oporou u těchto žen, která bezprostředně po ztrátě vzrostla, aby se po adaptaci na úmrtí partnera opět vrátila na hodnotu před ztrátou. V této studii se tedy neprokázal vliv sociální opory na zvládání ztráty partnera. Autoři usuzují, že intervence ze strany okolí jsou úspěšné pouze tehdy,

když ovdovělá osoba cítí, že potřebuje profesionální pomoc. Většina ovdovělých se však se ztrátou dokáže úspěšně vyrovnat sama.

Sociální opora v kontextu chronické nemoci

Poslední stresující událostí, kterou se budu zabývat, je ztráta zdraví, která se může projevit sníženou mobilitou a soběstačností nebo rozvojem chronické nemoci. Sociální opora může mít vliv na rozvoj nemoci, proces uzdravování nebo adaptaci na chronickou nemoc. Vliv sociálních vztahů na zdraví je podobný jako vliv rizikových faktorů, jako je např. kouření (House, Landis & Umberson, 1988). Sociální opora se dává do souvislosti s naším fyzickým fungováním, souvisí například s nižší mírou ischemické choroby srdeční (House, Landis & Umberson, 1988). U chronické nemoci hraje vliv to, zda je zachována schopnost sebeobsluhy (Kebza & Šolcová, 2003). Pokud ano, kontakty s rodinou klesají, pokud však jde o těžké postižení, kontakty narůstají.

Vztah stresu a nemoci byl zkoumán jak v kontextu modelu přímého účinku, tak nárazníkového modelu sociální opory, přičemž se oba prokázaly jako platné. Realita chronické nemoci je však poněkud komplikovanější, než ji ukazují tyto lineární modely (Kriegsman, Penninx & van Eijk, 1995). Nemoc je nejen stresorem, ale také faktorem ovlivňujícím vztahy v rámci rodiny. Chronické onemocnění může ovlivnit schopnost jedince udržovat vztahy, čímž se může zredukovat velikost jeho sociální sítě. Může mít vliv také na kvalitu vztahů, kde postupně může docházet k vyšší potřebě emoční a instrumentální opory a tím ke snižování reciprocity. Délka trvání a charakter nemoci mohou určit, do jaké míry se tyto efekty projeví.

Sociální opora je nejčastěji zkoumána v kontextu konkrétní chronické nemoci, například samotná přítomnost partnera, nezávisle na míře jím poskytované opory, má pozitivní vliv na průběh léčby infarktu a mobilitu starých lidí (Kriegsman, Van Eijk, Penninx, Deeg & Boeke, 1997). Vyšší instrumentální opora u starých osob trpících onemocněním plic zase pozitivně souvisí s mírou mobility.

Obecně můžeme říci, že pokud jde o výskyt chronické nemoci, neexistuje silná evidence, že by rodinné charakteristiky, jako například manželský status, souvisely s výskytem nemoci (Kriegsman, Penninx & van Eijk, 1995). Zato se ukazuje pozitivní vztah mezi manželským statusem a průběhem nemoci, především ve studiích zaměřených na mortalitu a onemocnění kardiovaskulárního systému. Předpokládá se, že

tento pozitivní účinek existence partnerského vztahu je způsoben vyšší mírou vnímané opory právě ze strany partnera.

Potvrzuje se, že vnímaná dostupnost a adekvátnost rodinné opory je při výskytu a průběhu chronické nemoci u starých osob důležitější než strukturální charakteristiky rodiny (Kriegsman, Penninx & van Eijk, 1995). Nezávisle na typu onemocnění se ukazuje, že pozitivní vnímání opory poskytované rodinou souvisí s příznivějším průběhem nemoci. Existuje dostatečná evidence podporující hypotézu, že vnímaná opora ze strany rodiny má pozitivní vliv na psychologické přizpůsobení, osobní pohodu, kontrolu nemoci a dožití starých osob trpících chronickým onemocněním.

1.3.3 Senioři jako poskytovatelé sociální opory

Přestože specifika stáří nahrávají spíše snížení počtu kontaktů v sociální síti a omezení dostupnosti SO za současného zvýšení její potřeby, nemůžeme seniory považovat pouze za konzumenty sociální opory. Neměli bychom zapomínat na potřebu reciprocit ve vztazích, která s věkem nemizí. Senioři nemusí být jen příjemci sociální opory, ale také její poskytovatelé. Přestože tento pohled na téma sociální opory a stáří není úplně typický, existují empirická data dokládající důležitost a potřebu poskytování sociální opory ze strany seniorů (např.: Gecková, Šimová & Van Dijk, 2003). Poskytování sociální opory se týká především raného stáří, které svou charakteristikou ještě spadá do skupiny tzv. „sendvičové generace“. Tento pojem se vžil pro generaci střední dospělosti až raného stáří, která se typicky stará o sice dospělé, ale stále závislé děti a zároveň stárnoucí rodiče, kteří vyžadují čím dál více péče (Grundy & Henretta, 2006). Empirická data z Velké Británie a Spojených států ukazují, že přibližně třetina žen ve věku 55 až 69 let poskytuje pomoc a oporu ve smyslu starání se o domácnost, hlídání dětí či pomoc při instrumentálních aktivitách každodenního života oběma generacím, jak svým dětem, tak svým rodičům. Naproti tomu asi pětina žen tohoto věku neposkytuje pomoc ani jedné straně.

Senioři mohou být zdrojem sociální opory nejen pro své děti či rodiče, ale také pro svá vnoučata (Gecková, Šimová & Van Dijk, 2003). Důležitost prarodičů v životě vnoučat je obecně akceptovaný fakt, který může být akcentován v české kultuře, kde zpravidla existuje silný vztah mezi mladými lidmi a jejich vlastními prarodiči (Sak &

Kolesárová, 2013). Adolescenti, kteří zahrnovali své prarodiče do své sociální sítě a vnímali je jako potenciální zdroj sociální opory, měli lepší výsledky ve vybraných faktorech než jejich vrstevníci, kteří své prarodiče jako potenciální zdroj nevnímali (Gecková, Šimová & Van Dijk, 2003). Tito adolescenti vykazovali vyšší sebehodnotu, častěji svůj zdravotní stav hodnotili jako výborný nebo velmi dobrý, měli méně subjektivních zdravotních potíží, udávali vyšší subjektivní osobní pohodu a obecně vykazovali vyšší míru sociální opory. Z těchto výsledků můžeme usuzovat na pozitivní vliv sociální opory ze strany prarodičů na kvalitu života jejich adolescentních vnoučat, ale také jejich rodičů a samotných prarodičů.

Souhrn

Charakteristiky sociální opory v seniorském věku vycházejí jednak z obecných prediktorů opory, jednak ze specifických změn ve stáří. Mění se jak struktura, tak funkce sociální opory. Staří lidé vyhledávají především pomoc v domácnosti a péči o vlastní osobu.

Jako jedno ze specifík vidím narůstající věk, který je sám o sobě prediktorem nižší míry sociální integrace. Zároveň se s věkem zlepšuje rovnováha mezi přijatou a poskytovanou sociální oporou. Dále to jsou osobnostní rysy, které se ve stáří proměňují a to tak, že klesá míra extraverte a projevuje se větší stabilita vztahů. Míra extraverte ovlivňuje počet kontaktů v sociální síti. Dalším specifikem je snížený socioekonomický status seniorů, jehož pokles má obecně negativní vliv na vnímanou oporu. Ve stáří se také radikálně mění zastávané role, např. manželský status pozitivně souvisí s mírou vnímané opory a dostupností důvěrné osoby. Sociální opora se může měnit také s úrovní našeho zdraví, přičemž u seniorů je zvýšená pravděpodobnost vzniku chronické nemoci.

Typické stresující životní události tohoto období jsou spojeny se ztrátou. Poskytovaná opora osobě ve věku 50-69 let souvisí s kvalitou vztahu. Kvalitnější vztahy poskytují oporu i při menší zátěži, ty méně kvalitní jen při vysoce stresové události. Podrobněji se zabývám třemi hlavními událostmi, spojenými jednak se ztrátou, jednak s vyšším věkem. Jde o odchod do důchodu, ztrátu blízké osoby a zhoršující se zdraví.

Na seniory bychom neměli pohlížet pouze jako na příjemce, ale také jako na poskytovatele sociální opory. Tuto druhou stránku mohou uplatňovat například ve svých nově získaných rolích prarodiče. Poskytovaná sociální opora ze strany prarodičů se pozitivně projevuje na kvalitě života adolescentních vnoučat.

2. Empirická část

V empirické části práce se budu věnovat výzkumu na téma Sociální opora u seniorů. Výzkum se zabýval otázkou vnímané sociální opory, vyváženosti poskytované a přijímané opory (reciprocity), spokojeností se sociální oporou a dostupností důvěrné osoby u českých seniorů. Tato zjištění byla doplněna o sociodemografické charakteristiky respondentů.

Z hlediska metodologie se jednalo o kvantitativní studii, jejíž výsledky byly dokresleny kvalitativními daty získanými na základě rozhovorů. Kvantitativní část byla provedena formou verifikačního výzkumu, který pracoval s německou verzí dotazníku k sociální opoře (Fragebogen zur sozialen Unterstützung; Fydrich, Sommer & Brähler, 2007).

Od doplňujícího online šetření veřejného mínění, které mělo ukázat pohled veřejnosti na tuto problematiku, bylo nakonec upuštěno s ohledem na výše prezentovaný výzkum „*Názory a postoje české populace k seniorům*“ (Sak & Kolesárová, 2013), který dobře kopíruje původní záměr stručného online šetření.

V dalších kapitolách je provedený výzkum podrobně prezentován.

2.1 Cíle výzkumu

Cílem výzkumu je zmapování vnímané SO u seniorů v České republice a zjištění možných souvislostí se sociodemografickými údaji.

První linie výzkumu se věnovala adaptaci metody k měření vnímané sociální opory do češtiny. K tomu byl vybrán Dotazník k sociální opoře pocházející z německojazyčného prostředí (Fragebogen zur sozialen Unterstuetzung; Fydrich, Sommer & Brähler, 2007). Pomocí této metody pak byla zjišťována vnímaná SO u českých seniorů (65 let a více). Získaná data byla srovnána s německými normami pro tuto věkovou kategorii. Toto porovnání poskytlo informace o vnímané opoře u českých seniorů a sloužilo k zamyšlení se nad rozdíly mezi německými normami a vzorkem výzkumu.

Druhá linie se zaměřila na sledování konkrétních sociodemografických charakteristik a jejich souvislostí s jednotlivými škálami dotazníku. Hypotézy byly vytvořeny na základě analýzy prediktorů sociální opory.

Třetí část zahrnovala rozhovory zaměřené na osoby nacházející se v sociální síti seniorů s cílem hlubšího pochopení situace starých lidí. Slouží především jako dokreslující část výzkumu.

V neposlední řadě je cílem tohoto výzkumu podat informace k tématu sociální opory u českých seniorů a na jejich základě poskytnout možná doporučení lidem pracujícím se seniory.

2.2 Výzkumné otázky a formulace hypotéz

V této studii byly určeny dvě výzkumné otázky. První zjišťuje, jaká je struktura vnímané sociální opory u českých seniorů, kteří se zúčastnili výzkumu. A jak se jejich výsledky liší od německých norem pro tuto věkovou kategorii.

Předpokládáme, že střední hodnota českého vzorku jednotlivých škál dotazníku bude rovna střední hodnotě norem, tedy 50. Byla tedy určena hypotéza:

H0: Střední hodnota českého vzorku (N=133) škály PU/ EU/ SI/ WasU/ Rez/ Bel/ Zuf/ Vert = 50.

HA: Střední hodnota českého vzorku škály PU/ EU/ SI/ WasU/ Rez/ Bel/ Zuf/ Vert \neq 50.

Druhá výzkumná otázka se zaměřuje na propojení sociální opory se sociodemografickými aspekty. Předpokládá se, že různé škály budou souviset s konkrétními sociodemografickými údaji. Na základě analýzy prediktorů sociální opory byly vytvořeny tyto hypotézy:

Hypotéza 1: Věk

H10: S rostoucím věkem se nemění míra sociální integrace (SI).

H1A: S rostoucím věkem klesá míra SI.

Hypotéza 2: Pohlaví

H20: Mezi muži a ženami není signifikantní rozdíl v míře vnímané sociální opory (WasU), dostupnosti blízké osoby (Vert) a sociální zátěži (Bel)³.

H2A: Ženy vykazují signifikantně vyšší míru na škále WasU, Vert a Bel.

Hypotéza 3: Partnerský vztah

H30: Mezi osobami žijícími v partnerském vztahu a osobami bez vztahu není signifikantní rozdíl na škále SI, emoční opory (EU) a Vert⁴.

H3A: Osoby žijící v partnerském vztahu vykazují signifikantně vyšší míru SI, EU a Vert.

Hypotéza 4: Děti

H40: Mezi těmi, kteří mají 2 a více dětí a těmi, co mají jedno nebo žádné dítě, není signifikantní rozdíl na škále instrumentální (PU) a emoční opory⁵.

H4A: Osoby mající 2 děti a více, vykazují signifikantně vyšší míru PU a EU.

³Dále budu používat H20a (resp. H2Aa) pro souvislost mezi pohlavím a vnímanou SO, H20b (resp. H2Ab) pro dostupnost blízké osoby a H20c (resp. H2Ac) pro sociální zátěž.

⁴ Dále budu používat H30a (resp. H3Aa) pro souvislost mezi partnerským vztahem a sociální integrací, H30b (resp. H3Ab) pro emoční oporu a H30c (resp. H3Ac) pro dostupnost blízké osoby.

⁵Dále budu používat H40a (resp. H4Aa) pro souvislost mezi počtem dětí a instrumentální oporou, H40b (resp. H4Ab) pro emoční oporu.

Hypotéza 5: Sourozenci

H50: Mezi osobami, které mají a nemají sourozence, není signifikantní rozdíl na škále EU.

H5A: Osoby, které mají sourozence, vykazují signifikantně vyšší míru EU.

Hypotéza 6: Přístup na internet

H60: Není signifikantní rozdíl mezi těmi, co mají přístup na internet, a těmi, co nemají, na škále SI.

H6A: Lidé s přístupem na internet vykazují signifikantně vyšší míru SI.

Hypotéza 7: Členství v organizacích

H70: Není signifikantní rozdíl mezi těmi, co jsou členy nějakého spolku, a těmi, co nejsou, na škále SI.

H7A: Lidé, kteří jsou členy nějakého spolku, vykazují signifikantně vyšší míru SI.

Hypotéza 8: Příjem

H80: Mezi příjmovými skupinami nejsou signifikantní rozdíly na škále WasU.

H8A: Lidé ve vyšší příjmové kategorii vykazují signifikantně vyšší míru WasU.

Hypotéza 9: Povolání

H90: Mezi lidmi s různým typem povolání nejsou signifikantní rozdíly na škále WasU.

H9A: Lidé, kteří vykonávali kvalifikovanější povolání, vykazují signifikantně vyšší míru WasU.

2.3 Design výzkumu

Jedná se o kvantitativní výzkum za použití dotazníkové metody. Výsledky byly zpracovány statistickou analýzou s ohledem na povahu dat.

Hrubé skóry jednotlivých škál dotazníku byly převedeny na percentily a porovnány s existujícími německými normami. Na základě formulovaných hypotéz byly

hledány korelace jednotlivých škál se sociodemografickými daty. K dokreslení těchto výsledků sloužily kvalitativní data získána pomocí polostrukturovaných rozhovorů s několika respondenty.

2.4 Použité metody

2.4.1 Sociální opora

K měření sociální opory byl využit dotazník Fragebogen zur sozialen Unterstuetzung adaptovaný z Německa (Fydrich, Sommer & Brähler, 2007). Dotazník byl formou zpětného překladu převeden do češtiny.

Metoda obsahuje tři verze dotazníku a jeden navazující dotazník (Fydrich, Sommer & Brähler, 2007). Standardní forma *F-SozU S-54* se skládá z 54 výroků, které jsou hodnoceny na pěti stupňové škále. Standardní forma obsahuje 4 hlavní škály a 3 vedlejší. Dále byly vypracovány dvě zkrácené verze: *F-SozU K-22* a *F-SozU K-14*. Tyto verze obsahují 22 respektive 14 vyextrahovaných položek. V případě zkrácených forem je snížen počet zjišťovaných škál. Navazující dotazník *Díl B* obsahuje 10 otázek zaměřujících se na vyjmenování konkrétních osob, které respondent v konkrétních situacích vnímá jako zdroj SO nebo sociální zátěže. Tato část se zabývá kvalitativním zhodnocením sociální sítě.

Metoda vychází z konceptu vnímané sociální opory, kterou autoři definují jako subjektivní přesvědčení o tom, že jsme podporováni v různých oblastech nebo že v případě potřeby můžeme oporu obdržet (Fydrich, Sommer & Brähler, 2007).

Metoda pracuje s několika aspekty vnímané opory (Fydrich, Sommer & Brähler, 2007). Co se obsahu týče, navrhují autoři rozdělení, které se dále odráží v konstrukci metody a sledovaných škál. Dělení po obsahové stránce je zaměřeno na perspektivu příjemce sociální opory. Autory rozlišované typy vnímané opory jsou uvedeny v *tabulce 2*.

Typ	Popis
Emocionální opora	pozitivní pocity, blízkost, pocit akceptace a naslouchání
Opora při řešení problémů	možnost mluvit o problémech, dostat relevantní informace, obdržet povzbuzení a zpětnou vazbu
Praktická a materiální (instrumentální) opora	možnost vypůjčit si peníze či náradí, dostat doprovod nebo praktickou pomoc, ulehčení od úkolů
Sociální integrace	ukotvení v sociální síti, shoda v hodnotách a představách o životě
Jistota ve vztahu	důvěra v relevantní vztahy a jejich dostupnost

Tabulka 2: Obsahové dělení sociální opory (podle Fydrich, Sommer & Brähler, 2007)

Tyto aspekty jsou shrnuty do škál, které jsou zahrnuty ve standardní formě *F-SozU S-54* (Fydrich, Sommer & Brähler, 2007). Škály **emocionální opora**, **praktická opora** a **sociální integrace** jsou samostatnými škálami, jejich sloučením vzniká celková **škála vnímané sociální opory**. Další samostatnou škálou je **sociální zátěž**, která se orientuje na potenciálně negativně či zátěžově vnímané projevy ze sociálního okolí. Pod tuto škálu patří hodnocení toho, jak se respondent cítí být odmítaný či kritizovaný. V rámci standardní formy lze také sledovat tyto přídatné škály: **reciprocita sociální opory**, **dostupnost důvěrné osoby** a **spokojenost se sociální oporou**.

Příklady položek k jednotlivým škálám jsou uvedeny v tabulce 3, plnohodnotná verze dotazníku S-54 je k nahlédnutí v příloze.

Škála	Položka
Emocionální opora	Jsou lidé, kteří mě berou takového, jaký(á) jsem.
Praktická opora	Mám dostatek lidí, kteří mi opravdu pomůžou, když už nevím jak dál.
Sociální integrace	Neznám téměř nikoho s kým si rád(a) vyrazím ven.
Sociální zátěž	Mohla(a) bych žít mnohem svobodněji, kdybych pořád nemusel(a) brát ohledy na své přátele/rodinu.

Reciprocita sociální opory	Jsem často žádán(a) o radu.
Dostupnost důvěrné osoby	Mám důvěrnou osobu, v jejíž blízkosti se cítím opravdu dobře.
Spokojenost se sociální oporou	Přeji si více bezpečí a blízkosti.

Tabulka 3: Příklady položek z jednotlivých škál (podle Fydrich, Sommer & Brähler, 2007)

Další aspekt vnímané opory, který autoři ve své metodě zohledňují, jsou zdroje sociální opory (Fydrich, Sommer & Brähler, 2007). Mezi zdroje se počítají osoby, respektive skupiny lidí, které oporu poskytují nebo umožňují. Jde především o blízké osoby jako je partner, rodinní příslušníci, blízcí přátelé, známí a sousedé. Metoda se omezuje na měření zdrojů opory, které pochází z přirozeného okolí, nejde tedy o oporu ze strany profesionálů. Možný zdroj opory v Bohu, zvířatech či transcendentálních bytostech metoda také nezohledňuje. V úvahu je však brán fakt, že různé sociální zdroje mohou být využívány pro jiné potřeby (Fydrich, Sommer & Brähler, 2007).

Tato metoda byla pro výzkum vybrána z několika důvodů. Jedná se o standardizovanou metodu, která nabízí normy pro věkovou populaci 61 až 92 let vytvořené na německé populaci. To umožňuje srovnání těchto norem se vzorkem tohoto výzkumu. Jako výhodu vidíme také fakt, že metoda pochází z podobného kulturního zázemí.

Metoda vyhovuje výzkumným záměrům této práce, protože se zaměřuje právě na uchopení vnímané sociální opory a tento koncept dále diverzifikuje do tří škál. Metoda se zaměřuje také na sledování sociální zátěže a přídavných škál, které mohou přispět k lepšímu zmapování a uchopení problematiky sociální opory u seniorů.

2.4.2 Sociodemografické údaje

Spolu se sociální oporou byla pomocí dotazníku zkoumána některá sociodemografická data. Konkrétně se jednalo o tyto kategorie:

Pohlaví	Typ bydliště
Věk	Přístup na internet
Manželský status	Členství v organizacích
Počet dětí	Současný příjem
Existence sourozenců	Povolání (bývalé)

Kategorie věku byla rozdělena do tří intervalů (65 až 74 let, 75 až 89 let a 90+), tak aby odpovídaly dělení do kategorií rané stáří, skutečné stáří a dlouhověkost, neboli young-old, old-old a oldest-old.

Manželský status pokrývaly dvě otázky. Jedna se ptala na samotnou existenci partnerského vztahu „*Žijete v partnerském vztahu?*“ a druhá sledovala, zda osoba byla: „*svobodný/á*“, „*rozvedený/á*“, „*ženatý/vdaná*“ a „*vdovec/vdova*“.

Otázka „*kolik máte dětí?*“ dávala na výběr z možností: 0, 1, 2, 3, 3 a více. Otázka „*Máte sourozence?*“ sledovala pouze jejich existenci, nikoliv počet, a nabízela tedy odpověď: Ano, (už) Ne.

Typ bydliště sledoval dvě kategorie: bydlení ve vlastním domě nebo bytě a bydlení v domově důchodců či v pečovatelském domě.

Přístup na internet a členství v organizacích bylo sledováno otázkami „*Máte přístup na internet?*“ a „*Jste členem nebo pravidelně docházíte do jakéhokoliv klubu, spolku, organizace (např.: zájmový klub, církevní organizace)?*“. Pokud respondent odpověděl kladně na otázku ohledně členství, byl dále dotázán, aby specifikoval typ organizace.

Finanční příjem sledovaly dvě otázky „*Pobíráte v současné době starobní důchod?*“ a „*Jaký je váš měsíční příjem?*“. Příjem byl rozdělen do čtyř intervalů: méně než 8 000 Kč, 8 000 až 10 500 Kč, 10 500 až 13 000 Kč, více než 13 000 Kč. Intervaly byly vybrány tak, že druhý interval zahrnoval průměrný důchod žen v ČR, který v roce 2012 činil 9771 Kč. Třetí interval odpovídal průměrnému důchodu mužů, který v roce 2012

dosahoval 11 935 Kč (Český statistický úřad, 2012). Hranice 8 000 Kč byla zvolena proto, že koresponduje s minimální mzdou v České republice⁶.

Otázka na **povolání** byla otevřená. Jednotlivé typy jsem pak rozdělila na vysokoškolské, středoškolské a dělnické práce/povolání. Otázka typu povolání se mi zdá u této věkové kategorie a v daném historickém kontextu spíše sporná. Není jasné, do jaké míry je socioekonomický status důchodce určen bývalým povoláním. Úroveň povolání by se také měla odrážet ve výši příjmu a tedy i ve výši pobíraného starobního důchodu. Tato hypotéza však vzhledem k historickému období, ve kterém se senioři vzdělávali a prožili větší, ne-li celou část, svého ekonomicky aktivního života, nemusí být zcela platná. V bývalém režimu nebyl příliš velký rozdíl ve společenském statusu a finančních příjmech mezi dělnickými a vysokoškolskými profesemi. Přesto jsem se rozhodla tuto kategorii do svého šetření zařadit.

2.5 Popis výzkumného vzorku

Výzkumný vzorek se skládal ze 133 respondentů, kteří splňovali předem určená kritéria. Hlavní kritérium se týkalo věkového intervalu, který jsem se na základě relevantních informací, jako např. věk používaný ve většině demografických šetření či věk odchodu do důchodu, rozhodla omezit na interval 65+. Horní věková hranice nebyla omezena, pokud byly splněny další podmínky. Těmi byly funkční kognitivní schopnosti a fyzická soběstačnost. Záměrem tohoto omezení bylo získat relativně homogenní skupinu seniorů. Z šetření tak byli vyřazeni respondenti s vážnými kognitivními poruchami, jako jsou demence. Na úrovni fyzického zdraví pak byly vyřazeny ty osoby, které se vzhledem ke svému zdravotnímu stavu nebyly schopny o sebe sama dlouhodobě postarat. Šlo tedy o případy, kdy jedinec nezvládal základní aktivity denního života.

Vymezením kritérií a vyřazením některých skupin jsem podle svého názoru zajistila vyšší reliabilitu a validitu dat, než kdybych se rozhodla pro heterogenní vzorek. Skupinu s kognitivními poruchami jsem vyřadila z toho důvodu, že bych nemohla zaručit, že správně chápou smysl položek dotazníku. U osob se sníženou soběstačností pak předpokládám odlišný vzorec sociální opory daný životní situací. Použitá metoda

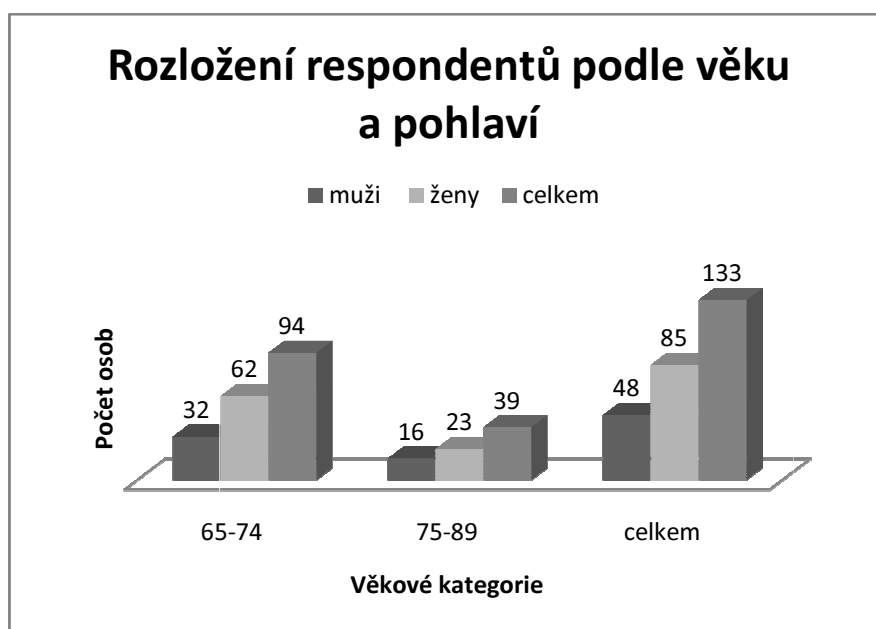
⁶ Od 1. 8. 2013 dochází ke zvýšení minimální mzdy na 8 500 Kč (ČTK, 2013).

měření sociální opory, která je vhodná pro celou populaci nejen seniory, se zaměřuje na vlastní sociální zdroje (rodina, přátelé, známí) a nikoliv na oporu získanou od pečovatelského personálu. Metoda také obsahuje položky (např.: „Potřebuji více lidí, s kterými mohu něco společně podnikat“, „Někteří mí známí/přátelé zneužívají mé ochoty pomoci“), které předpokládají jistou míru fyzického a mentálního zdraví.

Ze 133 respondentů, kteří se zúčastnili výzkumu, bylo celkem 85 žen a 48 mužů. Průměrný věk všech respondentů byl 72 let, průměrný věk u žen byl 71,6 let, u mužů pak 72,7 let.

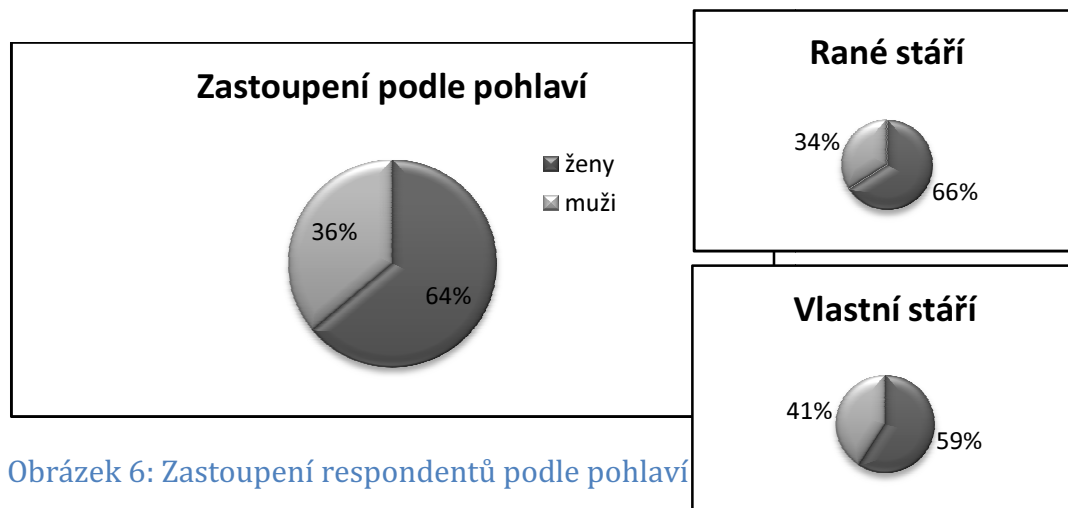
Věk: Rozdělení do věkových intervalů bylo následující: kategorii raného stáří, tedy věk mezi 65 až 74 lety, tvořilo celkem 94 (70,7%) respondentů. Do kategorie vlastního stáří patřilo 37 (27,8%) účastníků. Kategorii dlouhověkých tvořili pouze 2 (1,5%) respondenti.

Pohlaví: Do skupiny 65 až 74 letých patřilo 62 žen a 32 mužů. Druhou skupinu ve věku 75 až 89 letých tvořilo 22 žen a 15 mužů. Mezi respondenty staršími 90 let byl 1 muž a 1 žena. Vzhledem k nízkému počtu v této kategorii jsem tyto dvě osoby zahrnula do věkové skupiny 75 až 89 let.



Obrázek 5: Rozložení respondentů podle věku

Výzkumný vzorek tvořilo 36% mužů a 64% žen. Z respondentů patřících do kategorie raného stáří bylo 34% mužů a 66% žen. V kategorii nad 75 let bylo 41% mužů a 59% žen.



Obrázek 6: Zastoupení respondentů podle pohlaví

Manželský status: V partnerském vztahu se nacházelo 91 (68,4%) osob, 42 (31,6%) respondentů uvedlo, že v partnerském vztahu nežije. Z celkového vzorku byly 2 osoby svobodné, 83 osob v manželském svazku, 11 respondentů bylo rozvedených a 37 ovdovělých.

Z 91 osob žijících v partnerském vztahu bylo 81 (89%) osob ženatých nebo vdaných, 6 (6,6%) osob bylo rozvedených a 4 (4,4%) respondenti byli ovdovělí. Osoby bez partnerského svazku byly nejčastěji ovdovělé (33, 78,6%), rozvedených bylo 5 (11,1%) osob, 2 (4,8%) osoby byly svobodné a 2 respondenti uvedli kategorii ženatý/vdaná.

Počet dětí: V celém vzorku se nacházelo 6 (4,5%) bezdětných osob. Jedno dítě mělo 27 (20,3%) respondentů, 2 děti mělo 75 (56,4%) respondentů, tři děti a více než tři mělo 17 (12,8%), respektive 8 (6%) respondentů.

Vzhledem k nízkému počtu respondentů v jednotlivých kategoriích jsem se rozhodla vytvořit dvě kategorie, které dále vstupují do analýzy. První kategorie má 33 respondentů, kteří mají 0 nebo 1 dítě. Druhá pak má 100 respondentů, kteří měli alespoň dvě děti.

Sourozenci: Z celého vzorku mělo alespoň jednoho sourozence stále naživu 96 (72,2%) respondentů. Zbýlých 33 (27,8%) již nemělo žádného žijícího sourozence.

Bydlení: Drtivá většina účastníků (123; 92,5%) bydlela ve svém vlastním bytě nebo domě. Zbýlých 10 (7,5%) bydlelo v domově důchodců nebo pečovatelském domě.

Z důvodu nízkého počtu respondentů bydlících v domově důchodců, jsem tuto proměnnou vyloučila z další analýzy.

Přístup na internet: Více než polovina respondentů (76; 57,1%) uvedlo, že má přístup na internet.

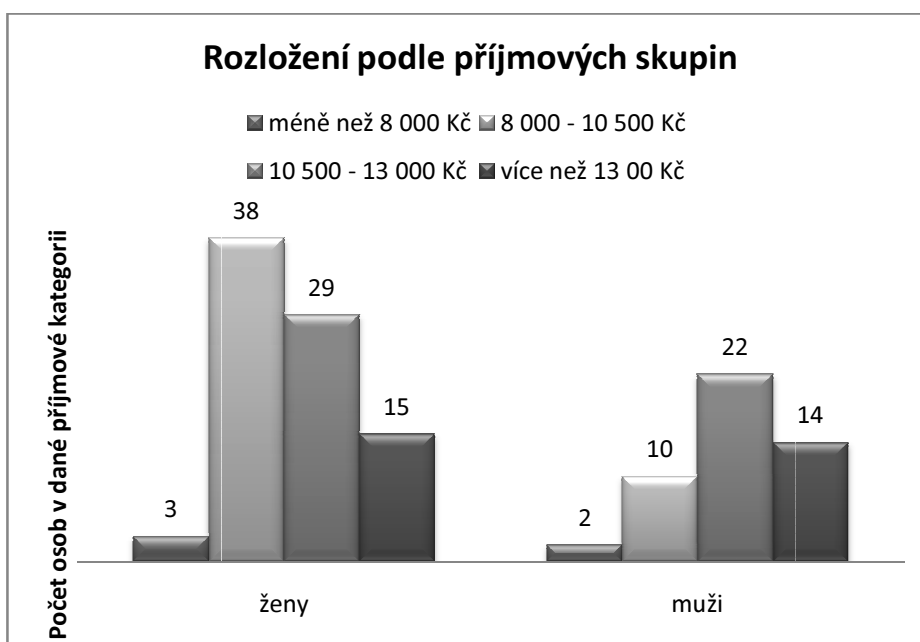
Členství v organizacích: Shodný počet (76; 57,1%) respondentů uvedl, že nedochází ani není členem zájmového klubu, spolku či organizace. Zbýlých 57 (42,9%) účastníků uvedlo, že navštěvuje nějakou organizaci.

Z toho 19 respondentů uvedlo, že navštěvuje buď klub důchodců, nebo klub aktivního stáří, 7 navštěvovalo církevní organizace. Další uvedené organizace spadaly převážně do kategorií vzdělávacích (Univerzita 3. věku, kurzy francouzštiny, angličtiny nebo počítačů), sportovních (Sokol, turistický klub, jóga, golfový klub) nebo zahrádkářských klubů (svaz včelařů, zahrádkářů). Objevily se i ojedinělé členství, např. svaz hajných, přátelé Žižkova nebo spol. bratří Čapků.

Celkem 13 osob uvedlo, že je členem či pravidelně dochází do více než jednoho klubu/spolku.

Finanční příjmy: Pouze jeden respondent byl plně ekonomicky aktivní, aniž by pobíral starobní důchod. Jeden respondent uvedl, že stále podniká, 3 respondenti explicitně uvedli, že k důchodu stále ještě pracují. Zbýlých 128 respondentů uvedlo, že jsou ekonomicky neaktivní a pobírají starobní důchod. Přesto nemusí finanční příjem odpovídat výši starobního důchodu, mohou v něm být zahrnuty další příspěvky, např. vdovský příspěvek.

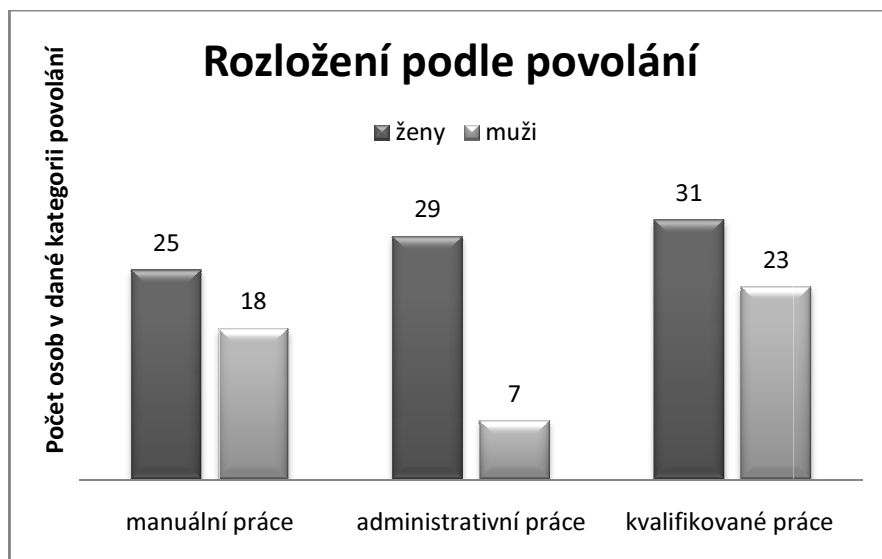
Měsíční příjem u žen a mužů zvlášť je zobrazen v následujícím grafu. Nejčastěji (38; 44,7%) byla u žen zastoupena příjmová skupina 8 000 až 10 500 Kč, která odpovídá průměrnému důchodu žen. Příjem nižší než 8 000 Kč měly tři (3,5%) respondentky. Nadprůměrný důchod pobíralo 29 (34,1%), resp. 15 (17,6%) žen. U mužů (22; 45,8%) spadal měsíční příjem nejčastěji do kategorie 10 500 až 13 000 Kč, což také odpovídá průměrnému důchodu mužů. 14 z nich (29,2%) pobíralo nadprůměrný důchod, tedy více než 13 000 Kč. Do kategorie 8 000 až 10 500 Kč spadalo 10 (20,8%) respondentů. Měsíční příjem nižší než 8 000 Kč pobírali jen 2 (4,2%) muži.



Obrázek 7: Rozložení podle příjmových skupin

Povolání: Povolání jsem rozdělila do tří kategorií. První kategorie byly dělnické a manuální práce, do kterých spadaly jak nekvalifikované manuální práce typu dělnice, ukízečka, tak manuální práce, ke kterým je nutná nějaká kvalifikace, byly to například jeřábnice, brusič skla nebo řidič autobusu. Do kategorie administrativních prací spadaly nemanuální práce, které nevyžadují vysokoškolskou kvalifikaci, šlo o administrativní pracovníky, úřednice, ale také zdravotní sestry nebo učitelky v mateřské škole. Kvalifikované práce pak zahrnovaly pozice s vysokoškolským vzděláním jako lékař, právník, strojní inženýr, učitel.

Mezi ženami bylo 25 (29,4%) manuálních pracovnic a 29 (34,1%) administrativních pracovnic, 31 (36,5%) žen vykonávalo kvalifikovou profesi. Mezi muži bylo 18 (37,5%) manuálních pracovníků, 7 (14,6%) administrativních pracovníků a 23 (47,9%) vykonávalo kvalifikovanou práci.



Obrázek 8: Rozložení podle povolání

2.6 Průběh výzkumu

Celý výzkumný projekt probíhal od října 2012 do června 2013, samotný sběr dat pak od ledna do června 2013. Projekt byl rozdělen do čtyř hlavních částí. Úkolem první fáze byla adaptace vybrané metody, ve druhé fázi probíhla pilotáž. Poslední fáze pak sestávaly ze samotného sběru dat a jejich vyhodnocení.

2.6.1 Adaptace metody

K adaptaci vybrané metody byla použita forma zpětného překladu. První překlad z němčiny do češtiny byl proveden autorkou práce. Ten byl pak předložen rodilé mluvčí, která zároveň hovořila česky. Její zpětný překlad do němčiny byl srovnán s originálem a na tomto podkladě byl dotazník formulován do konečné verze. K překladu jsem použila základní, nikoliv zkrácenou, verzi dotazníku S-54. V adaptované verzi jsem zachovala 5 stupňovou škálu, která určovala míru souhlasu s daným výrokem, a to takto: „*zcela nesouhlasí*“, „*spíše nesouhlasí*“, „*částečně souhlasí*“, „*spíše souhlasí*“ a „*zcela souhlasí*“. Adaptovaná verze si taktéž ponechala grafické zpracování originální metody.

K dotazníku byly dále přiloženy otázky týkající se sociodemografických údajů, jak je popsáno výše.

2.6.2. Pilotáž

Dalším krokem byla pilotážní studie, která měla za úkol vyzkoušet, zda je daná metoda pro cílovou skupinu respondentů správně uzpůsobena. K tomuto účelu jsem oslovila několik seniorů z vlastní rodiny, kteří splňovali předem určené požadavky na respondenty.

Tyto respondenty jsem požádala o vyplnění dotazníku s prosbou, aby dotazník vyplnili a zároveň si všímali a zaznamenávali jakékoliv nejasnosti, chyby nebo nápady na zlepšení. Vzhledem k tomu, že šlo o seniory, které osobně znám, upozornila jsem je, že v tuto chvíli není mým cílem získat odpovědi a tak pokud nechtějí, nemusí je vyplňovat, jde mi pouze o jejich názor na samotný dotazník.

Poté jsem s respondenty diskutovala o tom, do jaké míry jim je dotazník srozumitelný a co by potřebovali změnit. Na základě jejich postřehů jsem se pokusila metodu přizpůsobit:

- *velikost písma*: Původně dvoustránkový dotazník jsem roztáhla téměř na dvojnásobek.
- *Škála*: Graficky jsem uzpůsobila škálu a to různým stínováním sloupců.
- *gramatické chyby*: V rámci pilotáže jsem také opravila několik gramatických chyb.
- *Instrukce*: V písemné instrukci jsem zvýraznila pojem „*důležité osoby*“ a jak u instruování sběračů, tak při mém vlastním sběru jsem zdůrazňovala, koho myslím důležitými osobami, tedy že mluvíme o osobách důležitých pro respondenta, nikoliv pro společnost.
- *pochopení otázek*: U některých položek jsem si ověřila, že jsou pro seniory pochopitelné.

V rámci pilotáže tedy byly provedeny změny po grafické a gramatické stránce. Obsahovou složku jsem se rozhodla nechat beze změny tak, aby co nejlépe odpovídala původní verzi.

2.6.3. Sběr dat

Sběr dat probíhal v rámci předmětu účast při výzkumu, který zaštiťovala vedoucí práce PhDr. Iva Štětovská, Ph.D. V rámci předmětu se sběru účastnilo celkem 18 studentů, kteří v průměru nasbírali data od pěti respondentů. Data od zbylých zhruba 40 respondentů nasbírala autorka práce.

Sběr v rámci účasti při výzkumu probíhal následujícím způsobem. Na katedře psychologie jsem počátkem ledna 2013 vyvěsila nabídku s krátkým popisem projektu a kontaktní emailovou adresou. Emailovou komunikací jsem si se studenty domluvila instruktážní schůzku, která probíhala v několika termínech během ledna.

Na této schůzce jsem studentům/sběračům představila dotazník a krátce vysvětlila cíle výzkumu. Zároveň jsem jim poskytla instruktáž ke sběru dat a k dalšímu postupu, tak aby získali hodiny v rámci předmětu. Každému jsem dala také písemnou instruktáž (v příloze), kde jsou shrnuty základní body. V rámci schůzky jsem zodpověděla všechny dotazy a vyzvala studenty, aby mě v případě jakýchkoliv nejasností kontaktovali. Po schůzce jsem studentům poslala emailem excelový soubor k zanesení dat.

Respondenty pro můj vlastní sběr jsem získávala dvěma způsoby, z vlastních zdrojů a v rámci instituce. Respondenty jsem získávala oslovením prarodičů svých kolegů a známých a dále pak oslovením přátel prarodičů. Takto jsem získala přibližně 20 respondentů.

Oslovila jsem také několik institucí, z nichž jsem se se dvěma domluvila na spolupráci. Jednalo se o klub aktivního stáří při Centru sociálních služeb Praha 2 (<http://www.cssp2.cz/sluzby/106 klub-aktivniho-stari/>), kde jsem získala přes 10 respondentů. Druhá instituce, se kterou jsem při sběru dat spolupracovala, bylo centrum Elpida (<http://www.elpida.cz>). I zde jsem získala přibližně 10 respondentů.

Souběžně jsem prováděla krátké, přibližně 10 - 15 minutové, rozhovory, ke kterým jsem využila již zmíněnou druhou část Dotazníku k sociální opoře *Díl B* (Fydrich, Sommer & Brähler, 2007).

K rozhovoru jsem získala celkem šest seniorů, čtyři ženy a dva muže. Části rozhovorů jsou použity na dokreslení výsledků. Odpovědi byly zaznamenávány písemnou formou průběžně během rozhovorů.

2.6.4. Vyhodnocování dat

Data byla vyhodnocována ve statistickém programu SPSS 17.0. Pro porovnání výzkumného vzorku s normami byl použit jednovýběrový t-test. K zjištění korelace věku a jednotlivých škál dotazníku jsem použila Spearmanův koeficient korelace. Korelace sociodemografických údajů a jednotlivých škál byly zjišťovány pomocí dvouvýběrového t-testu a Kruskal-Wallisova testu.

2.7. Výsledky

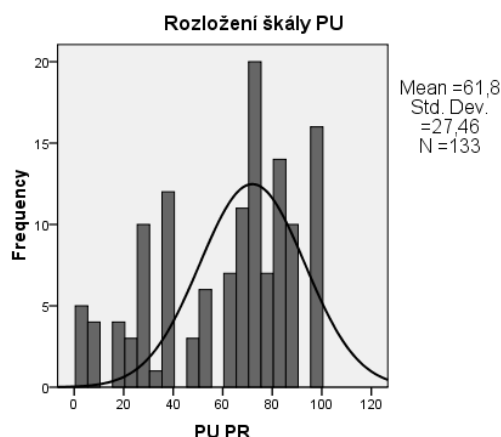
Výsledky jsou prezentovány ve dvou podkapitolách podle výzkumných otázek. První podkapitola se zabývá srovnáním s německými normami, druhá sleduje spojitost se sociodemografickými údaji.

2.6.1 Srovnání výzkumného souboru s německými normami

V této části jsou prezentovány výsledky srovnání výzkumného souboru s německými normami. Výsledné tabulky jsou uvedeny v příloze.

Škála instrumentální opory

Jednovýběrový t-test prokázal statisticky významný rozdíl mezi německými normami a českým vzorkem ($M=61,8$; $SD=27,46$), $t(132) = 4,954$, $p < ,05$, $\alpha = ,05$. Zamítáme H_0 a přijímáme H_A , tedy že střední hodnota škály PU českého vzorku je významně rozdílná od střední hodnoty 50. Střední hodnota českého vzorku (61,8) je signifikantně vyšší.



Obrázek 9: Rozložení škály instrumentální opora

Škála emoční opory

Analýza neprokázala statisticky významný rozdíl mezi německými normami a českým vzorkem ($M=50,53$; $SD=25,643$); $t(132) = ,240$, $p > ,05$, $\alpha = ,05$. Přijímáme H_0 , střední hodnota škály EU není u českého vzorku statisticky rozdílná od 50.

Škála sociální integrace

Analýza neprokázala statisticky významný rozdíl mezi německými normami a českým vzorkem ($M = 48,14$; $SD = 25,748$); $t(132) = -,832$, $p > ,05$, $\alpha = ,05$. Přijímáme H_0 , střední hodnota škály SI není u českého vzorku statisticky rozdílná od 50.

Souhrnná škála vnímané sociální opory

Analýza neprokázala statisticky významný rozdíl mezi německými normami a českým vzorkem ($M = 52,97$; $SD = 24,987$); $t(132) = 1,371$, $p > ,05$, $\alpha = ,05$. Přijímáme H_0 , střední hodnota škály WasU není u českého vzorku statisticky rozdílná od 50.

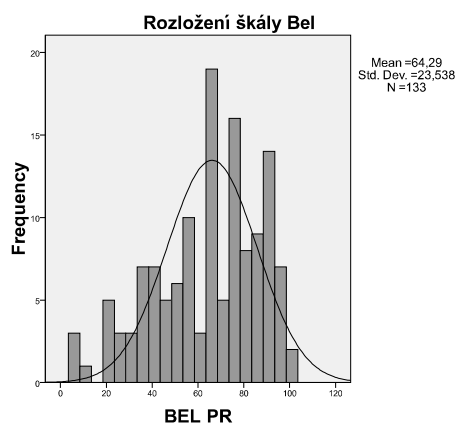
Reciprocita

Analýza neprokázala statisticky významný rozdíl mezi německými normami a českým vzorkem ($M = 48,79$; $SD = 27,534$); $t(132) = -,507$, $p > ,05$, $\alpha = ,05$. Přijímáme

H0, střední hodnota škály Rez není u českého vzorku statisticky významně rozdílná od 50.

Sociální zátěž

Analýza prokázala statisticky významný rozdíl mezi německými normami a českým vzorkem ($M=64,29$; $SD=23,538$), $t(132) = 6,999$, $p < ,05$, $\alpha = ,05$. Zamítáme H0 a přijímáme HA, tedy že střední hodnota škály Bel českého vzorku je významně rozdílná od střední hodnoty 50. Střední hodnota českého vzorku (64,29) je signifikantně vyšší.



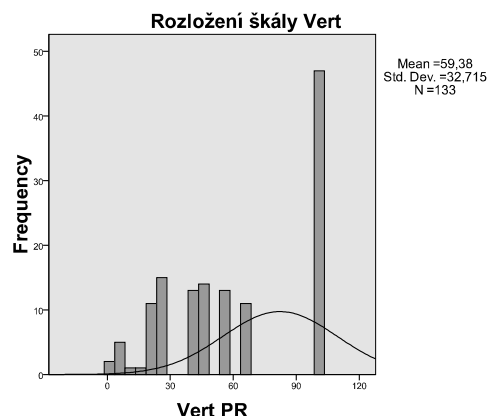
Obrázek 10: Rozložení škály sociální zátěž

Spokojenost se sociální oporou

Analýza neprokázala statisticky významný rozdíl mezi německými normami a českým vzorkem ($M = 49,04$; $SD = 24,829$); $t(132) = -,447$, $p > ,05$, $\alpha = ,05$. Přijímáme H0, střední hodnota škály Zuf není u českého vzorku statisticky významně rozdílná od 50.

Dostupnost důvěrné osoby

Analýza prokázala statisticky významný rozdíl mezi německými normami a českým vzorkem ($M=59,38$; $SD=32,715$), $t(132) = 3,308$, $p < ,05$, $\alpha = ,05$. Zamítáme H0 a přijímáme HA, tedy že střední hodnota škály Vert českého vzorku je významně rozdílná od střední hodnoty 50. Střední hodnota českého vzorku (59,38) je signifikantně vyšší.



Obrázek 11: Rozložení škály dostupnost důvěrné osoby

2.6.2 Souvislost sociodemografických údajů s vybranými škálami

Tato podkapitola prezentuje výsledky výše formulovaných hypotéz. Výsledné tabulky jsou uvedeny v přílohách.

Hypotéza 1: Věk

K určení korelace mezi věkem a škálou sociální integrace byl použit Spearmanův koeficient korelace. Korelace mezi proměnnými nebyla statisticky signifikantní ($r_s = ,104$, $p = ,118$). Přijímáme tedy nulovou hypotézu, tedy že s věkem se míra SI nemění.

Další analýza ukázala na dvě škály, které statisticky významně korelují s věkem. Jednalo se o škálu instrumentální opory ($r_s = ,163$, $p = ,05$) a spokojenosti se sociální oporou ($r_s = ,206$, $p = ,01$). Jedná se o statisticky významné, ale nijak silné korelace.

K určení vztahu mezi dalšími sociodemografickými údaji (Hypotéza 2-7) a jednotlivými škálami FsozU byl použit dvouvýběrový t-test.

Hypotéza 2: Pohlaví

Hypotéza 2a: Analýza prokázala signifikantní rozdíl mezi ženami ($N = 85$; $M = 57,29$, $SD = 23,670$) a muži ($N = 48$; $M = 45,31$, $SD = 25,660$) na škále vnímané sociální opory $t(131) = 2,719$, $p < ,05$. Zamítáme H_{20a} a přijímáme H_{2Aa} , tedy že mezi muži a

ženami je signifikantní rozdíl v míře vnímané sociální opory (WasU). Ženy měly signifikantně vyšší střední hodnotu na škále WasU (57,29) než muži (45,31).

Hypotéza 2b: Analýza prokázala signifikantní rozdíl mezi ženami ($N = 85$; $M = 59,89$, $SD = 22,909$) a muži ($N = 48$; $M = 72,06$, $SD = 22,835$) na škále sociální zátěže $t(131) = 2,719$, $p < ,05$. Zamítáme H_{20b} . Výsledek však ukazuje opačný trend, než bylo očekáváno. Mezi ženami a muži je signifikantní rozdíl na škále sociální zátěže. Muži vykazují signifikantně vyšší střední hodnotu škály Bel (72,06) než ženy (59,89).

Hypotéza 2c: Analýza prokázala signifikantní rozdíl mezi ženami ($N = 85$; $M = 63,20$, $SD = 30,892$) a muži ($N = 48$; $M = 52,63$, $SD = 35,032$) na škále dostupnost důvěrné osoby $t(131) = 1,806$, $p < ,05$. Zamítáme H_{20c} a přijímáme H_{2Ac} , tedy že mezi muži a ženami je signifikantní rozdíl v dostupnosti důvěrné osoby. Ženy vykazují signifikantně vyšší střední hodnotu škály Vert (63,20) než muži (52,63).

Další analýza ukázala zajímavé zjištění. Všechny škály, kromě škály spokojenost, vykazují signifikantní rozdíly mezi muži a ženami. Na škálách PU, EU, SI, WasU, Rez a Vert vykazují ženy signifikantně vyšší střední hodnotu. Na škále sociální zátěže vykazují signifikantně vyšší střední hodnotu muži. Pouze na škále spokojenost se sociální oporou (Zuf) nebyly prokázány signifikantní rozdíly mezi pohlavím.

Hypotéza 3: Partnerský vztah

Hypotéza 3a: Analýza prokázala signifikantní rozdíl mezi lidmi v partnerském vztahu ($N = 91$; $M = 53,85$, $SD = 25,528$) a bez partnerského vztahu ($N = 42$; $M = 43,36$, $SD = 24,686$) na škále emoční opora $t(131) = 2,225$, $p < ,05$. Zamítáme H_{30a} a přijímáme H_{3Aa} , tedy že mezi lidmi žijícími a nežijícími v partnerském vztahu je signifikantní rozdíl v míře emoční opory. Lidé žijící v partnerském vztahu vykazují signifikantně vyšší střední hodnotu ve škále EU (53,85) než lidé nežijící ve vztahu (43,36).

Hypotéza 3b: Analýza neprokázala signifikantní rozdíl mezi lidmi v partnerském vztahu ($N = 91$; $M = 47,87$, $SD = 25,234$) a bez partnerského vztahu ($N = 42$; $M = 48,74$, $SD = 27,131$) na škále emoční opora $t(131) = -,180$, $p > ,05$. Přijímáme H_{30b} , lidé žijící a nežijící v partnerském vztahu nevykazují signifikantní rozdíly na škále sociální integrace.

Hypotéza 3c: Analýza prokázala signifikantní rozdíl mezi lidmi v partnerském vztahu ($N = 91$; $M = 61,82$, $SD = 32,893$) a bez partnerského vztahu ($N = 42$; $M = 54,10$, $SD = 32,074$) na škále dostupnost důvěrné osoby $t(131) = 1,269$, $p > ,05$. Přijímáme H_{30c} , lidé žijící a nežijící v partnerském vztahu nevykazují signifikantní rozdíly na škále dostupnost důvěrné osoby.

Hypotéza 4: Počet dětí

Analýza neprokázala signifikantní rozdíl mezi lidmi, kteří mají 2 a více dětí ($N = 100$; $M = 61,39$, $SD = 27,351$) a lidmi s žádným nebo jedním dítětem ($N = 33$; $M = 63,03$, $SD = 28,179$) na instrumentální opora $t(131) = -,297$, $p > ,05$. Přijímáme H_{40} , lidé s 0-1 dítětem a s 2 a více dětmi nevykazují signifikantní rozdíly v míře instrumentální opory.

Hypotéza 5: Sourozenci

Analýza neprokázala signifikantní rozdíl mezi lidmi, kteří mají sourozence ($N = 96$; $M = 50,93$, $SD = 25,950$), a těmi, kteří sourozence (již) nemají ($N = 37$; $M = 49,51$, $SD = 25,150$), na škále emoční opora $t(131) = ,284$, $p > ,05$. Přijímáme H_{50} , lidé s a bez sourozence nevykazují signifikantní rozdíly v míře emoční opory.

Hypotéza 6: Přístup na internet

Analýza neprokázala signifikantní rozdíl mezi lidmi, kteří mají přístup na internet ($N = 78$; $M = 47,95$, $SD = 26,580$), a těmi, kteří přístup nemají ($N = 55$; $M = 48,42$, $SD = 24,759$), na škále sociální integrace $t(131) = -,103$, $p > ,05$. Přijímáme H_{60} , tedy že lidé s přístupem a bez přístupu na internet nevykazují signifikantní rozdíly v míře sociální integrace.

Hypotéza 7: Členství

Analýza prokázala signifikantní rozdíl mezi lidmi, kteří jsou členy nějakého spolku ($N = 55$; $M = 50,29$, $SD = 25,861$), a těmi, kteří nejsou členy ($N = 78$; $M = 46,63$, $SD = 25,726$), na škále sociální integrace $t(131) = ,807$, $p > ,05$. Přijímáme H_{70} , tedy že mezi skupinami není signifikantní rozdíl v míře sociální integrace.

K potvrzení či vyvrácení hypotéz 8 a 9 byl použita statistická metoda Kruskal-Wallisův test.

Hypotéza 8: Finanční příjmy

Analýza neprokázala signifikantní rozdíly mezi jednotlivými příjmovými skupinami ($H(2) = ,706$; $p > ,05$) s průměrným pořadím = 70,39 pro příjmovou kategorii do 10 500 Kč měsíčně, 64,25 pro kategorii 10 500 až 13 000 Kč a 65,66 pro příjmovou skupinu nad 13 000 Kč měsíčně. Přijímáme H_{80} , tedy že mezi lidmi s různými finančními příjmy nejsou signifikantní rozdíly na škále WasU.

Hypotéza 9: Povolání

Analýza neprokázala signifikantní rozdíly mezi jednotlivými typy povolání ($H(2) = 1,421$; $p > ,05$) s průměrným pořadím = 68,07 pro manuální práce, 60,80 pro administrativní práce a 70,46 pro kvalifikované práce. Přijímáme H_{90} , tedy že mezi lidmi s různým typem povolání nejsou signifikantní rozdíly na škále WasU.

2.5.3 Výstupy z rozhovorů

Rozhovorů se zúčastnili celkem čtyři ženy a dva muži. Respondentky byly ve věku 66, 78, 80 a 81 let. Dva respondenti měli 80 a 89 let. Dva respondenti (1 muž a 1 žena) nežili v partnerském vztahu a neměli děti. Jedna respondentka navštěvovala klub seniorů. Jedna respondentka a jeden respondent bydleli v pečovatelském domě, ostatní ve vlastním bytě.

Polostrukturovaný rozhovor s využitím dílu B Dotazníku k sociální opoře trval přibližně 10 – 15 minut. Díl B se skládá z 10 otázek, ve kterých má respondent uvést osoby, které jsou pro něj zdrojem daného typu SO nebo zátěže.

Otázky zaměřené na SO sledovaly instrumentální oporu, emoční oporu, včetně důvěrné osoby, a sociální integraci. Byly to například otázky:

„Od koho můžete kdykoliv dostat praktickou pomoc?“

„Komu můžete plně důvěřovat?“

„S kým rád/a něco podnikáte?“

Otázky týkající se sociální zátěže sledovaly, kdo v respondentech vyvolává nepříjemné pocity, z koho mají strach, kým se cítí být zneužívání.

Celkově se dá říci, že senioři jako zdroje jak sociální opory, tak zátěže uváděli dvě až tři osoby. Převážně se jednalo o rodinné příslušníky, někteří uváděli také blízkého přítele/přítelkyni. Nejmladší respondentka jako zdroj opory uvedla nového přítele (*„já mám teď přítele, to víte, snažím se, začala jsem vařit, pořádáme výlety na kole, těším se na podzim, budu mít s kým jít na houby“*).

Poskytovatelé instrumentální opory byli partneři respondentů či dospělé děti, nebo pokud osoba neměla děti, zastával tuto úlohu synovec nebo neteř a jejich partneři (*„dcera synovce je zdravotní sestra, ta už mi s leccím pomohla a poradila“*). Dva senioři žijící v pečovatelském domě vnímali jako zdroj instrumentální opory nejen personál, ale také své sousedy/seniory.

Pokud jde o emoční oporu, byly na tom ženy lépe. Z mužů první uvedl že, je nejvíce sám a všechny problémy a věci si řeší sám v sobě. Druhý řekl, že se nikomu už nesvěřuje, že nemá s čím. Ženy uváděly své děti a přítelkyně. Partnery jako zdroj emoční opory neuvedla ani jedna.

Pokud jde o trávení volného času, tak respondenti uváděli své přátele (*„chodím do klubu, s Evičkou a dalšíma ženskýma pořád něco podnikáme“*) a rodinu (*„stýkám se se synovcem, nemohla jsem mít děti a manžel už mi zemřel, poslední sourozenec zemřel v dubnu, synovec si za mnou chodí popovídat, kupuje mi taky lístky do divadla, chodíme společně a pak se jdeme projít do parku“*). Patrný byl však i nedostatek osob k trávení volného času způsobený postupným odcházením přátel (*„to víte, já jsem ukecanej, pobavím se s každým, ale na nějaký podnikání, na to už jsou všichni pryč, všichni už umřeli, jen s paní XY zajdeme jednou za měsíc na pivo“*).

Pokud jde o sociální zátěž, uváděli respondenti různé členy rodiny. Nejmladší respondentka uvedla, že ji zatěžuje a využívá její velmi stará matka, která vyžadovala péči, a dospělé děti, které s péčí nepomáhají a spíše pomoc vyžadují (*„no to já spíš musím pomáhat, děti mi vůbec nepomáhají starat se o babičku, teď jsem tam o víkendu byla – celý víkend jsem tam kmitala, vařila, uklízela ... mladí akorát dostali byt, ale nic neudělají“*).

Další dvě vdané respondentky si stěžovaly především na své manžele, kteří vyžadovali neustálou péči a zároveň byli zdrojem neustálé kritiky. Respondentky říkaly, že už to s nimi není to, co bývalo. Přestali mluvit a nechají o sebe plně pečovat mladší a relativně schopnější manželky („*manžel už doma vůbec nemluví, musí mít každé jídlo přesně načas, je na prachy – pořád všechno přepočítává*“). Jeden respondent nežil v partnerském vztahu. Druhý pak uvedl, že jeho manželka v něm vyvolává nepříjemné pocity. Často mu dává najevo, že už nestačí na to, co dřív.

U respondentky z pečovatelského domu byli zdrojem sociální zátěže také starší senioři, kteří vyžadovali pomoc, aniž by brali v úvahu stav a schopnosti respondentky („*jedna sousedka pořád něco chce, i když je mi zle tak mě pořád otravuje, že něco potřebuje*“). Jedna respondentka neuvedla žádný zdroj sociální zátěže se slovy, že „*si takové věci nechala líbit dříve a teď už je nemá zapotřebí*“.

2.6 Diskuze

Diskuze prezentuje výsledky provedeného výzkumu, srovnává výstupy se zjištěními v literatuře a podává návrhy na interpretaci výsledků.

Srovnání výzkumného vzorku (N=133) s německými normami pro populaci 61 až 96 let ukázalo, že na škálách emoční opora, sociální integrace, vnímaná opora, spokojenost a reciprocita nebyl prokázán signifikantní rozdíl mezi výzkumným vzorkem a normami. Naopak na škálách instrumentální opora, sociální zátěž a dostupnost důvěrné osoby se ukázal signifikantní rozdíl mezi vzorkem a normami. U těchto tří škál vykazuje český vzorek signifikantně vyšší hodnoty od německých norem.

Ze tří škál, které tvoří souhrnnou škálu *vnímaná sociální opora*, se ukazuje signifikantní rozdíl pouze na škále instrumentální opora. V celkové míře vnímané sociální opory se však signifikantní rozdíl neprojevil a je srovnatelný s původními normami.

Vyšší instrumentální opora z vlastních zdrojů může souviset s její větší důležitostí pro české seniory. U německých seniorů se dá předpokládat větší ekonomická síla, se kterou si mohou dovolit instrumentální oporu nakoupit. Český senior je častěji odkázán na své vlastní sociální zdroje, proto je pro něj nezbytné si instrumentální oporu zajistit.

Vyšší dostupnost blízké osoby u českého vzorku může souviset s menší rozlohou ČR a menší ochotou české populace ke stěhování. Rodinní příslušníci a další blízké osoby tak bydlí v relativně malé vzdálenosti a tudíž se pro seniora stávají dostupnějšími. Možná je také výraznější orientace českých seniorů na sociální vztahy.

Výsledek vyšší sociální zátěže může souviset s tím, zda je možné v daném kulturním prostředí na jedné straně druhé otevřeně kritizovat a na druhé straně si na kritiku a neakceptaci z vlastního sociálního okolí postěžovat nebo zda je společenskou normou prezentovat své vztahy pouze v pozitivním světle. Zvýšená sociální zátěž tak může souviset s obecnou tendencí české populace k neustálému stěžování si.

Možné odchylky od původních norem mohou být zapříčiněny nejen kulturními rozdíly, ale také časovým rozdílem mezi jednotlivými sběry. Normy pro standardní formu dotazníku S-54 jsou založeny na sběru dat, který proběhl v roce 1996 (Fydrich, Sommer & Brähler, 2007). Jednalo se o reprezentativní vzorek německé populace podle věku, pohlaví a vzdělání. Normy pro věkovou kategorii 61 až 96 let zahrnují přibližně 370 osob.

Mezi jednotlivými sběry je tedy rozdíl 17 let, během kterého mohlo dojít ke změnám ve vnímané sociální opoře u seniorů.

Normy také zahrnují osoby od 61 let věku, zatímco vzorek v této práci byl limitován minimálním věkem 65 let. Pro tento posun jsem se rozhodla z výše zmíněných důvodů (odchod do důchodu, věková hranice ve výzkumných studiích). Je možné, že v době sběru dat sloužících k vytvoření norem kopíroval věk 61 let také hranici odchodu do důchodu, která se během 17 let posunula směrem nahoru.

Pokud jde o srovnání sociální opory se sociodemografickými daty, ukázalo se, že s **věkem** mírně stoupá instrumentální opora a spokojenost se sociální oporou. Ačkoliv byli **ženy i muži** spokojeni se sociální oporou přibližně stejně, na ostatních škálách se projevily signifikantní rozdíly. Ženy vykazovaly na všech škálách kromě zátěže vyšší hodnoty, muži pak převyšovali ženy pouze ve zmíněné sociální zátěži. Ukázalo se, že s existencí **partnerského vztahu** pozitivně souvisí míra emoční opory. Souvislost se sociální integrací a dostupností důvěrné osoby se nepotvrdila.

Ostatní nulové hypotézy nebyly vyvráceny. Neprokázala se souvislost ani mezi **počtem dětí** a mírou instrumentální opory, ani mezi existencí **sourozence** a mírou emoční opory. Přístup na **internet** a **členství** v organizacích významně nesouvisely se sociální integrací. Souvislost nebyla potvrzena ani mezi **finančním příjmem**, respektive **povoláním** a mírou vnímané sociální opory.

Nebyl tedy potvrzen fakt, že s věkem klesá sociální integrace a vnímaná SO (Thoits, 1995). Vyšší instrumentální a emoční opora spolu s recipitou a lepší dostupností vnímané osoby u žen potvrzuje výsledky validizační studie (Fydrich, Sommer & Brähler, 2007). Naopak výsledek vyšší sociální zátěže u mužů je v protikladu s výsledkem této studie, která předpokládá, že s vyšším zapojením do sociální sítě souvisí vyšší riziko sociální zátěže. Potvrzení souvislosti mezi partnerským vztahem a vnímanou emoční oporou koresponduje s výsledky studie (Fydrich, Sommer & Brähler, 2007).

Potvrzení nulových hypotéz může souviset s tím, že sociodemografické šetření bylo zaměřeno na existenci sourozenců či dětí, nesledovalo však kvantitu ani kvalitu kontaktů s těmito osobami. Někteří respondenti otázky komentovali slovy, že sourozence sice mají, ale nejsou v kontaktu, nebo že jejich děti žijí v zahraničí. Zároveň do jedné skupiny z důvodu nízkého počtu bezdětných spadali ti, kdo měli žádné nebo jedno dítě. Druhou skupinu tvořili lidé se dvěma a více dětmi. Rozdíl mezi bezdětnými a s dětmi tak nebyl zachycen.

Výsledky neprokázaly předpokládaný vliv socioekonomického statusu na vnímanou SO, která zahrnuje instrumentální a emoční oporu (Fydrich, Sommer & Brähler, 2007) a šíří sociální sítě (Thoits, 1995).

Nízký vliv příjmu a povolání na SO může poukazovat na fakt, že seniorům je obecně připisován spíše nízký socioekonomický status. V minulosti vykonávané povolání ani příjem, který můžeme téměř u všech seniorů považovat za nízký, nerozlišují dostatečně mezi výší socioekonomického statusu.

Rozhovory ukazují na fakt, že senioři mají často jen dvě nebo tři osoby, které jsou pro ně zdrojem sociální opory. Variabilita osob vnímaných jako možné zdroje opory byla tedy relativně nízká, mezi nejčastěji jmenované patřili rodinní příslušníci. Toto zjištění potvrzuje konvojový model sociální sítě, podle kterého dochází ke snížení počtu

kontaktů ve starším věku (Antonucci, Ajrouch & Birditt, 2006), a teorii socioemocionální selektivity, podle které tíhnou senioři k upřednostňování emočně významných, především rodinných vazeb (Carstensen, 1992).

Instrumentální opora byla vždy poskytována členem rodiny z mladší generace. Co se emoční opory týče, uváděly ženy zase své děti a jednu až dvě kamarádky. Dva respondenti měli méně zdrojů emoční opory než ženy. Volný čas trávili respondenti opět s přáteli nebo rodinnými příslušníky.

Zjištění ukazuje na důležitost členů rodiny v zajištění instrumentální a emoční opory, čímž korespondují s názorem, že poskytování materiální a emoční opory je hlavním aspektem mezigeneračních vztahů (Bengtson & Roberts, 1991).

Zdrojem sociální zátěže byli u nejmladší respondentky (66 let) jednak staří rodiče, jednak dospělé děti. Její situace odpovídala modelu sendvičové generace, kde se jedinec stará o své děti a zároveň stárnoucí rodiče (Grundy & Henretta, 2006).

Respondentky pak viděly jako zdroj sociální zátěže své starší manžely. Toto zjištění dokládá fakt, že v partnerských vztazích starších lidí může docházet nejen k nárůstu pozitivního, ale také negativního afektu (Antonucci, Ajrouch & Birditt, 2006).

Tento výzkum měl jisté limity. Vzhledem k možnostem atuorky práce a administrátorů šlo o samovýběr. Vzorek plně neodpovídal demografickému rozložení a sociodemografickým charakteristikám této věkové kategorie. Nejednalo se tedy o reprezentativní vzorek. Rozložení sociální opory u reprezentativního vzorku českých seniorů by se tedy mohlo lišit od zjištěných výsledků.

Vzhledem k tomu, že respondenti byli rekrutováni mezi rodinnými příslušníky, známými či v centrech pro seniory, museli být alespoň do určité míry sociálně integrovaní. Opravdu opuštění lidé se tak do výzkumného vzorku nedostali.

I přes snahu o anonymitu nelze vyloučit neochotu vypovídat pravdivě. Ta může pramenit jednak ze vztahu k administrátorovi, jednak ze zkušeností seniorů, které mohou přispět k nedůvěře, neochotě sdílet osobní informace a strachu ze zneužití těchto informací. Výsledky mohly být ovlivněny také sociální desirabilitou.

Vliv na kvalitu dat mohou mít také limitované zkušenosti seniorů s vyplňováním dotazníků, pro některé se mohlo jednat o zcela nový zážitek. I přes vysvětlení cíle sběru

dat, jsem se často setkávala se snahou „o správné vyplnění“, která pramenila ze snahy vyhovět sběrači dat a díky které mohli senioři vypovídat jinak, než je jejich skutečná vnímaná sociální opora.

Vzhledem k věku některých respondentů se jednalo o relativně náročné otázky, jejichž smysl nemusel být vždy pochopen. Toto platí zejména pro seniory nad 75 let věku. Během administrace byl patrný rozdíl mezi mladšími a staršími seniory. Obecně byli mladší senioři (65 až 74 let) schopni dotazník vyplnit samostatně, starší lidé si více říkali o asistenci. Pozorovaná hranice přibližně 75 let odpovídala dělení na rané a skutečné stáří, kde má každá tato fáze své charakteristiky (Haškovcová, 2010).

U starších jsem pozorovala větší tendenci k absolutnímu uvažování, častěji se přikláněli ke krajním odpovědím, což je zajímavý postřeh vzhledem k faktu, že česká populace tíhne spíše k odpovědím středovým.

Dalším limitem byl způsob administrace. Ačkoliv jsem se snažila o standardizaci při sběru dat a každý administrátor prošel školením, kde mu byly předány instrukce a písemné pokyny k administraci, nemohu dodržení správného postupu sběru dat zaručit.

Limitem práce je také metodika samotného dotazníku, který byl v českém prostředí použit poprvé, a tudíž se nejedná o standardizovanou metodu.

Sběr dat byl anonymní a jeho předpokladem byla ochota respondentů se výzkumu účastnit. Respondenti byli seznámeni s účelem a cílem výzkumu a mohli kdykoliv od vyplňování odstoupit. Data byla použita výhradně ke zpracování výše prezentovaného výzkumu. Odpovědi byly zaznamenány do tabulky, bez uvedení jména či kódu respondenta tak, aby nebylo možné dohledat konkrétního účastníka. Původní dotazníky byly skartovány. Tímto postupem jsem se snažila dostát etickým požadavkům na výzkumy v oblasti sociálních věd.

V této práci vidím dva hlavní přínosy. Prvním z nich je přinesení nové, standardizované metody k měření sociální opory do českého prostředí. Tuto metodu je možné využít pro další výzkumy zabývající se sociální oporou. Druhým pak je zmapování sociální opory u seniorů v České republice. Vzhledem k limitovanému poznání této tematiky v našem prostředí se jedná o relativně ojedinělou oblast zkoumání.

Návazné výzkumy by se tak mohly vydat dvěma směry. První by se mohl zaměřit na metodu samotnou, její plnou adaptaci a vytvoření norem pro celou populaci s možností vydání. Další linie by pak mohla směřovat k prohloubení znalostí o problematice sociální opory u seniorů. Výzkumy by se mohly zabývat sociální oporou v klíčových situacích v životě seniora, jako jsou odchod do důchodu, ztráta partnera. Zajímavé by mohlo být detailnější kvalitativní šetření, které by přineslo světlo do tématu, jaké sociální zdroje senioři využívají a jaké typy sociální opory tyto zdroje poskytují. V neposlední řadě by se výzkum mohl zabývat tématem „senior jako poskytovatel sociální opory v ČR“.

Závěr

V teoretické části nabídla tato práce rozsáhlou analýzu dostupné literatury k tématu stáří a sociální opory. Ve stáří dochází ke změnám jak ve strukturální, tak funkční složce sociální opory. Její charakteristiky u seniorů jsou určeny kombinací obecných prediktorů sociální opory a jejich typických změn ve stáří. Spolu s nárůstem věku jde o snížení socioekonomického statusu, obecný pokles extraverze, ztrátu rolí, především role manželské, nebo o klesající úroveň zdraví. Seniori se musí vyrovnávat se stresovými situacemi, které jsou charakterizovány ztrátou. Jedná se hlavně o odchod do důchodu, ztrátu blízké osoby a ztrátu zdraví. Seniori však nejsou jen příjemci, ale také poskytovatelé sociální opory.

Empirická část se zabývala zmapování sociální opory u seniorů v České republice. Ukázalo se, že na škálách emocionální opory, sociální integrace, vnímané sociální opory, reciprocity a spokojenosti se sociální oporou se český vzorek neliší od německých norem pro věkovou kategorii 61 až 96 let. Na třech škálách se však projevily signifikantní rozdíly. Šlo o škály instrumentální opora, sociální zátěž a dostupnost důvěrné osoby. Český vzorek seniorů nad 65 let vnímá instrumentální oporu jako dostupnější než seniori v Německu. Zároveň vykazují na jedné straně vyšší sociální zátěž ve formě kritiky či odmítání, na straně druhé vyšší dostupnost důvěrné osoby, které se mohou svěřit, vypovídat.

Nejzajímavější výsledek při porovnávání se sociodemografickými daty nabídl srovnání mužů a žen, kde u mužů byla signifikantně vyšší sociální zátěž, u žen pak všechny ostatní škály. Spokojenost však byla u obou stejná.

Domnívám se, že se mi podařilo úspěšně adaptovat metodu k měření sociální opory, která může být použita i pro další výzkumy zabývající se konceptem vnímané sociální opory. Dále jsem nabídla zmapování vnímané SO u seniorů v České republice. Porovnání výzkumného vzorku s německými normami nabízí odrazový můstek pro další práci s konceptem vnímané SO u českých seniorů. Spojení se sociodemografickými údaji může přispět k prohloubení znalostí v otázce prediktorů SO.

Seznam použité literatury

- Aday, R. H., Kehoe, G. C., & Farney, L. A. (2006). Impact of senior center friendships on aging women who live alone. *Journal of Women & Aging, 18*(1), 57-73.
- Aneshensel, C. S., & Frerichs, R. R. (1982). Stress, support, and depression: a longitudinal causal model. *Journal of Community Psychology, 10*(4), 363-376.
- Antonucci, T. C. (1986). Hierarchical mapping technique. *Generations: Journal of the American Society on Aging, 10*(4), 10-12.
- Antonucci, T. C., Ajrouch, K. J., & Birditt, K. (2006). Social relations in the third age: Assessing strengths and challenges using the convoy model. *Annual Review of Gerontology & Geriatrics, 26*, 193-209.
- Antonucci, T. C., Akiyama, H., & Takahashi, K. (2004). Attachment and close relationships across the life span. *Attachment & Human Development, 6*(4), 353-370.
- Antonucci, T. C., Fiori, K. L., Birditt, K. & Jackey, L. M. H. (2010). Convoys of social relations: Integrating life-span and life-course perspectives. In: M. E. Lamb, A. M. Freund, & R. M. Lerner (Eds.). *The handbook of life-span development, Vol 2: Social and emotional development* (pp. 434-473). Hoboken, NJ, US: John Wiley & Sons Inc.
- Aquino, J. A., Russell, D. W., Cutrona, C. E., & Altmaier, E. M. (1996). Employment status, social support, and life satisfaction among the elderly. *Journal of Counseling Psychology, 43*(4), 480-489.
- Ardelt, M. (1997). Wisdom and life satisfaction in old age. *The Journals of Gerontology: Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 52B*(1), 15-27.
- Baltes, P. B. (1987). Theoretical propositions of life-span developmental psychology: On the dynamics between growth and decline. *Developmental Psychology, 23*(5), 611-626.
- Baltes, P. B. (1997). On the incomplete architecture of human ontogeny: Selection, optimization, and compensation as foundation of developmental theory. *American Psychologist, 52*(4), 366-380.
- Baltes, P. B., & Staudinger, U. M. (1993). The Search for a psychology of wisdom. *Current Directions in Psychological Science (Wiley-Blackwell), 2*(3), 75-80.

Barrera, M. (1986). Distinction between social support concepts, measures, and models. *American Journal of Community Psychology*, 14(4), 413-445.

Barrera, M., Sandler, I. N., & Ramsay, T. B. (1981). Preliminary development of a scale of social support: Studies on college students. *American Journal of Community Psychology*, 9(4), 435-447.

Bengtson, V. L., & Roberts, R. L. (1991). Intergenerational solidarity in aging families: An example of formal theory construction. *Journal of Marriage & Family*, 53(4), 856-870.

Bhalla, R. K., & Butters, M. A. (2011). Cognitive functioning in late-life depression. *British Columbia Medical Journal*, 53(7), 357-360.

Birditt, K. S., Antonucci, T. C., & Tighe, L. (2012). Enacted support during stressful life events in middle and older adulthood: An examination of the interpersonal context. *Psychology and Aging*, 27(3), 728-741.

Bischoff, R. J. (2003). Recent research findings about elderly couples. *Journal of Couple & Relationship Therapy*, 2(1), 67-71.

Bitzer, J., Platano, G., Tschudin, S., & Alder, J. (2008). Sexual counseling in elderly couples. *Journal of Sexual Medicine*, 5(9), 2027-2043.

Bolger, N., Zuckerman, A., & Kessler, R. C. (2000). Invisible support and adjustment to stress. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79(6), 953-961.

Bondevik, M., & Skogstad, A. (1998). The oldest old, ADL, social network, and loneliness. *Western Journal of Nursing Research*, 20(3), 325-343.

Carstensen, L. L. (1992). Social and emotional patterns in adulthood: Support for socioemotional selectivity theory. *Psychology and Aging*, 7, 331-338.

Carstensen, L. L., & Fredrickson, B. L. (1998). Influence of HIV status and age on cognitive representations of others. *Health Psychology*, 17(6), 494-503.

Carstensen, L. L., Fung, H. H., & Charles, S. T. (2003). Socioemotional selectivity theory and the regulation of emotion in the second half of life. *Motivation & Emotion*, 27(2), 103-123.

Carstensen, L. L., Isaacowitz, D. M., & Charles, S. T. (1999). Taking time seriously: A theory of socioemotional selectivity. *American Psychologist*, 54(3), 165-181.

Clements, R., & Swenson, C. H. (2000). Commitment to one's spouse as a predictor of marital quality among older couples. *Current Psychology*, 19, 110-120.

Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98(2), 310-357.

Cutrona, C. E. (1990). Stress and social support: In search of optimal matching. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 9(1), 3-14.

Cutrona, C. E., Hessling, R. M., & Suhr, J. A. (1997). The influence of husband and wife personality on marital social support interactions. *Personal Relationships*, 4(4), 379-393.

Cutrona, C., Russell, D., & Rose, J. (1986). Social support and adaptation to stress by the elderly. *Psychology and Aging*, 1(1), 47-54.

Česká tisková agentura (2013, July 16). *Minimální mzda se od srpna zvýší na 8500 korun*[on-line]. [2013, July 25], dostupné na <http://www.ceskenoviny.cz/zpravy/minimalni-mzda-se-od-srpna-zvysi-na-8500-korun/962439>

Český statistický úřad (2006, October 26). *Populační prognóza ČR do r. 2050*. [on-line]. [2012, November 17], dostupné na <http://www.czso.cz/csu/2004edicniplan.nsf/p/4025-04>

Český statistický úřad (2012, March 16). *Naděje dožití a průměrný věk – Metodika*. [on-line]. [2013, Mai 5], dostupné na http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/nadeje_doziti_a_prumerny_vek

Český statistický úřad (2012, November 8). *Důchod pobírá v ČR přes 2 855 000 důchodců, na způsobu jeho výplaty se nic nemění* [on-line]. [2013, July 1], dostupné na <http://www.cssz.cz/cz/o-cssz/informace/media/tiskove-zpravy/tiskove-zpravy-2012/2012-11-09-duchod-pobira-v-cr-pres-2-855-000-duchodcu-na-zpusobu-jeho-vyplaty-se-nic-nemeni.htm>

Dean, A., & Ensel, W. M. (1982). Modelling social support, life events, competence, and depression in the context of age and sex. *Journal of Community Psychology*, 10(4), 392-408.

Depp, C. A., & Jeste, D. V. (2006). Definitions and predictors of successful aging: A comprehensive review of larger quantitative studies. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 14(1), 6-20.

Diehl, M. (1998). Everyday competence in later life: Current status and future directions. *The Gerontologist*, 38(4), 422-433.

Dignam, J. T., Barrera, M., & West, S. G. (1986). Occupational stress, social support, and burnout among correctional officers. *American Journal of Community Psychology*, 14(2), 177-193.

Doněk, E., Doňková J. (1994). Stáří a psychika. Zvláštnosti průběhu duševních poruch ve stáří. In Baštecký J., Q. Kuempel, M. Vojtěchovský et al. (Eds.), *Gerontopsychiatrie* (pp. 185-194). Praha: Grada Avicenum.

Drew, L. M., & Silverstein, M. (2007). Grandparents' psychological well-being after loss of contact with their grandchildren. *Journal of Family Psychology*, 21(3), 372-379.

Dunkel-Schetter, C., Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1987). Correlates of social support receipt. *Journal of Personality & Social Psychology*, 53(1), 71-80.

Eurostat (2013, June 3). *Mortality and life expectancy statistics*[on-line]. [2013, June 22], dostupné na http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Mortality_and_life_expectancy_statistics#

Eurostat (2013, June 4). *Population structure and ageing*[on-line]. [2013, June 22], dostupné na http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Population_structure_and_ageing

Even-Zohar, A., & Sharlin, S. (2009). Grandchildhood: Adult grandchildren's perception of their role towards their grandparents from an intergenerational perspective. *Journal of Comparative Family Studies*, 40(2), 167-185.

Featherstone, M., & Hepworth, M. (2005). Images of ageing: Cultural representations of later life. In M. L. Johnson (Ed.), *The Cambridge handbook of age and ageing* (pp. 354-362). New York, NY US: Cambridge University Press.

- Field, D. (1999). Continuity and change in friendships in advanced old age: Findings from the Berkeley Older Generation Study. *The International Journal of Aging & Human Development*, 48(4), 325-346.
- Folkman, S., Lazarus, R. S., Pimley, S., & Novacek, J. (1987). Age differences in stress and coping processes. *Psychology and Aging*, 2(2), 171-184.
- Fook, L., & Morgan, R. (2000). Hearing impairment in older people: a review. *Postgraduate Medical Journal*, 76(899), 537-541.
- Freund, A. M. (2008). Successful aging as management of resources: The role of selection, optimization, and compensation. *Research in Human Development*, 5(2), 94-106.
- Fydrich, T., Sommer, G., & Brähler, E. (2007). *Fragebogen zur sozialen Unterstützung: F-SozU; Manual*. Göttingen, DE: Hogrefe Verlag.
- Gecková, A., Šimová, E. E., & Van Dijk, J. P. (2003). Starí rodičia ako zdroj sociálnej opory. *Československá Psychologie*, 47(1), 31-41.
- George (2005). Stress and coping. In M. L. Johnson (Ed.), *The Cambridge handbook of age and ageing* (pp. 292-300). New York, NY US: Cambridge University Press.
- Goetteng, A. (1986). The developmental tasks of siblingship over the life cycle. *Journal of Marriage & Family*, 48(4), 703-714.
- Goodboy, A. K., Myers, S. A., & Patterson, B. R. (2009). Investigating elderly sibling types, relational maintenance, and lifespan affect, cognition, and behavior. *Atlantic Journal of Communication*, 17(3), 140-148.
- Gottlieb, B. H. (1978). The development and application of a classification scheme of informal helping behaviours. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 10(2), 105-115.
- Granello, P. F. (2001). A comparison of wellness and social support networks in different age groups. *Adultspan: Theory Research & Practice*, 3(1), 12-22.
- Grundy, E., & Henretta, J. C. (2006). Between elderly parents and adult children: a new look at the intergenerational care provided by the 'sandwich generation'. *Ageing & Society*, 26(5), 707-722.

Haber, M. G., Cohen, J. L., Lucas, T., & Baltes, B. B. (2007). The relationship between self-reported received and perceived social support: A meta-analytic review. *American Journal of Community Psychology*, 39(1-2), 133-144.

Harper, J. M., Schaalje, B. G., & Sandberg, J. G. (2000). Daily hassles, intimacy, and marital quality in later life marriages. *The American Journal of Family Therapy*, 28, 1-18.

Harper, S. (2005). Grandparenthood. In M. L. Johnson (Ed.), *The Cambridge handbook of age and ageing* (pp. 422-428). New York, NY US: Cambridge University Press.

Haškovcová, H. (2010). *Fenomén stáří*. Praha: Havlíček Brain Team.

Hatch, L., & Bulcroft, K. (1992). Contact with friends in later life: Disentangling the effects of gender and marital status. *Journal of Marriage and The Family*, 54(1), 222-232.

Heckhausen, J. (2005). Psychological approaches to human development. In M. L. Johnson (Ed.), *The Cambridge handbook of age and ageing* (pp. 181-189). New York, NY US: Cambridge University Press.

Hogan, D. P., Eggebeen, D. J., & Clogg, C. C. (1993). The structure of intergenerational exchanges in american families. *American Journal of Sociology*, 98(6), 1428-1458.

Holahan, C. J., Moos, R. H., Holahan, C. K., & Brennan, P. L. (1995). Social support, coping, and depressive symptoms in a late-middle-aged sample of patients reporting cardiac illness. *Health Psychology*, 14(2), 152-163.

Holmerová, I., Jurašková, B., Zikmundová, K., et al. (2007). *Vybrané kapitoly z gerontologie*. Praha: Gerontologické centrum.

House, J. S., Landis, K. R., & Umberson, D. (1988). Social relationships and health. *Science*, 241(4865), 540-545.

Hrdlička, M., & Hrdličková, D. (1999). *Demence a poruchy paměti*. Praha: Grada Publishing.

Hughes, D. C., George, L. K., & Blazer, D. G. (1988). Age differences in life event qualities: Multivariate controlled analyses. *Journal of Community Psychology*, 16(2), 161-174.

Huxhold, O., Fiori, K. L., & Windsor, T. D. (2013). The dynamic Interplay of social network characteristics, subjective well-being, and health: The costs and benefits of socio-emotional selectivity. *Psychology & Aging, 28*(1), 3-16.

Itzhar-Nabarro, Z., & Smoski, M. J. (2012). A review of theoretical and empirical perspectives on marital satisfaction and bereavement outcomes: Implications for working with older adults. *Clinical Gerontologist, 35*(3), 257-269.

Jiráček, R. (1994). Demence ve stáří. In Baštecký J., Q. Kuempel, M. Vojtěchovský et al. (Eds.), *Gerontopsychiatrie* (pp. 239-260). Praha CZ: Grada Avicenum.

Kebza, V. (2005). *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha CZ: Academia.

Kebza, V., & Šolcová, I. (2003). Prediktory sociální opory u české populace. *Československá Psychologie, 47*(3), 220-229.

Keyes, C. M. (2002). The exchange of emotional support with age and its relationship with emotional well-being by age. *The Journals of Gerontology: Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 57B*(6), 518-525.

Klaus, D. (2009). Why do adult children support their parents?. *Journal Of Comparative Family Studies, 40*(2), 227-241.

Knoester, C. (2003). Transitions in young adulthood and the relationship between parent and offspring well-being. *Social Forces (University of North Carolina Press), 81*(4), 1431-1457.

Krause, N. (1986). Social support, stress, and well-being among older adults. *Journal Of Gerontology, 41*(4), 512-519.

Krause, N. (2007). Longitudinal study of social support and meaning in life. *Psychology and Aging, 22* (3), 456-469.

Krause, N., Liang, J., & Keith, V. (1990). Personality, social support, and psychological distress in later life. *Psychology and Aging, 5*(3), 315-326.

Kriegsman, D. W., Penninx, B. J., & van Eijk, J. M. (1995). A criterion-based literature survey of the relationship between family support and incidence and course of chronic disease in the elderly. *Family Systems Medicine, 13*(1), 39-68.

Kriegsman, D. W., Van Eijk, J. M., Penninx, B. H., Deeg, D. H., & Boeke, A. P. (1997). Does family support buffer the impact of specific chronic diseases on mobility in

community-dwelling elderly?. *Disability And Rehabilitation: An International, Multidisciplinary Journal*, 19(2), 71-83.

Křivohlavý, J. (2001). *Psychologie zdraví*. Praha: Portál.

Laakkonen, M. L., Raivio, M. M., Eloniemi-Sulkava, U. U., Saarenheimo, M. M., Pietilä, M. M., Tilvis, R. S., et al. (2008). How do elderly spouse care givers of people with Alzheimer disease experience the disclosure of dementia diagnosis and subsequent care?. *Journal of Medical Ethics: Journal of the Institute of Medical Ethics*, 34(6), 427-430.

Lakey, B., & Cassady, P. B. (1990). Cognitive processes in perceived social support. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59(2), 337-343.

Lang, F. R., & Carstensen, L. L. (1994). Close emotional relationships in late life: Further support for proactive aging in the social domain. *Psychology and Aging*, 9(2), 315-324.

Lindenberger, U., & Baltes, P. B. (1997). Intellectual functioning in old and very old age: Cross-sectional results from the Berlin Aging Study. *Psychology and Aging*, 12(3), 410-432.

Lowenstein, A., & Gilbar, O. (2000). The perception of caregiving burden on the part of elderly cancer patients, spouses and adult children. *Families, Systems, & Health*, 18(3), 337-346.

Lu, L. (1997). Social support, reciprocity, and well-being. *The Journal of social psychology*, 137(5), 618-628.

Lynch, S. M., & George, L. K. (2002). Interlocking trajectories of loss-related events and depressive symptoms among elders. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences & Social Sciences*, 57B(2), 117-125.

Mackey, R. A., Diemer, M. A., & O'Brien, B. A. (2000). Conflict management styles of spouses in lasting marriages. *Psychotherapy*, 37, 134-148.

Margrain, T. H., & Boulton, M. (2005). Sensory impairment. In M. L. Johnson (Ed.), *The Cambridge handbook of age and ageing* (pp. 121-130). New York, NY US: Cambridge University Press.

Martin, P., Poon, L. W., Kim, E., & Johnson, M. (1996). Social and psychological resources in the oldest old. *Experimental Aging Research*, 22(2), 121-139.

Masterpasqua, F. (1989). A competence paradigm for psychological practice. *American Psychologist*, 44(11), 1366-1371.

Menec, V. H. (2003). The relation between everyday activities and successful aging: A 6 - year longitudinal study. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 58B, 74-82.

Ministerstvo práce a sociálních věcí (2008, August 1). *Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012 (Kvalita života ve stáří)* [on-line]. [2012, November 17], dostupné na <http://www.mpsv.cz/cs/5045>

Ministerstvo práce a sociálních věcí (2012, June 19). *Senioři nepatří do starého železa (tisková zpráva)* [on-line]. [2012, November 17], dostupné na http://www.mpsv.cz/files/clanky/13111/TZ_Seniori_nepatri_do_stareho_zeleza.pdf

Ministerstvo zdravotnictví České republiky (2012, January 20). *Rok 2012 je vyhlášen Evropským rokem aktivního stárnutí a mezigenerační solidarity (dále jen „EY 2012“), s důrazem na podporu vitality a důstojnosti všech osob* [on-line]. [2012, November 17], dostupné na http://www.mzcr.cz/unie/obsah/evropsky-rok-aktivniho-starnuti-a-solidarity-mezi-generacemi_2511_8.html

Myers, D. G., & Diener, E. (1995). Who is happy?. *Psychological Science*, 6(1), 10-19.

Newsom, J. T., & Schulz, R. (1996). Social support as a mediator in the relation between functional status and quality of life in older adults. *Psychology and Aging*, 11, 34-44.

Ondrušová, J. (2011). *Stáří a smysl života*. Praha: Karolinum.

Pacovský V. (1997). *Proti věku není léku?: úvahy o stárnutí a stáří*. Praha: Karolinum.

Pearlin, L. I., & Schooler, C. (1978). The structure of coping. *Journal of Health & Social Behavior*, 19, 2-21.

Pearlin, L. I., Lieberman, M. A., Menaghan, E. G., & Mullan, J. T. (1981). The stress process. *Journal of Health & Social Behavior*, 22(4), 337-356.

Pereytti, P. O. (1990). Elderly-animal friendship bonds. *Social Behavior & Personality: An International Journal*, 18(1), 151-156.

Petrowski, K., Schmidt, S., Stöbel-Richter, Y., Strauß, B., & Brähler, E. (2012). Bindungsbezogene Selbsteinschätzung und Wohlbefinden im Alter. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 62(7), 284-287.

Pinquart, M., & Sörensen, S. (2000). Influences of socioeconomic status, social network, and competence on subjective well-being in later life: A meta-analysis. *Psychology and Aging*, 15(2), 187-224.

Poon, L. W., Jang, Y., Reynolds, S. G., & McCarthy, E. (2005). Profiles of the oldest-old. In M. L. Johnson (Ed.), *The Cambridge handbook of age and ageing* (pp. 346-353). New York, NY US: Cambridge University Press.

Poon, L. W., Martin, P., Clayton, G. M., Messner, S., Noble, C. A., & Johnson, M. A. (1992). The influences of cognitive resources on adaptation and old age. *The International Journal of Aging and Human Development*, 34(1), 31-46.

Powers, E. A., & Bultena, G. L. (1976). Sex differences in intimate friendships of old age. *Journal of Marriage & Family*, 38(4), 739-747.

Příhoda, V (1974). *Ontogeneze lidské psychiky. 4. díl*. Praha: SPN.

Rabbitt, P. (2005). Cognitive changes across the lifespan. In M. L. Johnson (Ed.), *The Cambridge handbook of age and ageing* (pp. 190-199). New York, NY US: Cambridge University Press.

Reitzes, D. C., & Mutran, E. J. (2002). Self concept as the organization of roles: Importance, centrality, and balance. *Sociological Quarterly*, 43, 647-667.

Reitzes, D. C., & Mutran, E. J. (2004). Grandparenthood: Factors influencing frequency of grandparent-grandchildren contact and grandparent role satisfaction. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences & Social Sciences*, 59B(1), 9-16.

Rook, K. S. (1984). The negative side of social interaction: Impact on psychological well-being. *Journal of Personality & Social Psychology*, 46(5), 1097-1108.

Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (1997). Successful aging. *Gerontologist*, 37(4), 433-440.

Russell, D. W., & Cutrona, C. E. (1991). Social support, stress, and depressive symptoms among the elderly: Test of a process model. *Psychology and Aging*, 6(2), 190-201.

Sak, P., & Kolesárová, K. (2012). *Sociologie stáří a seniorů*. Praha: Grada.

Sarason, B. R., Shearin, E. N., Pierce, G. R., & Sarason, I. G. (1987). Interrelations of social support measures: Theoretical and practical implications. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 813-832.

Sarason, I. G., Levine, H. M., Basham, R. B., & Sarason, B. R. (1983). Assessing social support: The Social Support Questionnaire. *Journal of Personality & Social Psychology*, 44(1), 127-139.

Shaw, B. A. (2005). Anticipated support from neighbors and physical functioning during later life. *Research on Aging*, 27(5), 503-525.

Schiffman, S. S., & Graham, B. G. (2000). Taste and smell perception affect appetite and immunity in the elderly. *European Journal of Clinical Nutrition*, 54(3), 54-63.

Silverstein, M., & Marenco, A. (2001). How Americans enact the grandparent role across the family life course. *Journal of Family Issues*, 22(4), 493-522.

Silverstein, M., Chen, X., & Heller, K. (1996). Too much of a good thing? Intergenerational social support and the psychological well-being of older parents. *Journal of Marriage and the Family*, 58(4), 970-982.

Silverstein, M., Parrott, T. M., & Bengtson, V. L. (1995). Factors that predispose middle-aged sons and daughters to provide social support to older parents. *Journal of Marriage & Family*, 57(2), 465-475.

Singer, T., Lindenberger, U., & Baltes, P. B. (2003). Plasticity of memory for new learning in very old age: a story of major loss?. *Psychology and Aging*, 18(2), 306-317.

Stokes, J. P. (1983). Predicting satisfaction with social support from social network structure. *American Journal of Community Psychology*, 11(2), 141-152.

Stroebe, W., Zech, E., Stroebe, M. S., & Abakoumkin, G. (2005). Does social support help in bereavement?. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 24 (7), 1030-1050.

Stronks, K., Van De Mheen, H., Van Den Bos, J., & Mackenbach, J. P. (1997). The interrelationship between income, health and employment status. *International Journal of Epidemiology*, 26(3), 592-600.

Swickert, R. J., Rosentreter, C. J., Hittner, J. B., & Mushrush, J. E. (2002). Extraversion, social support processes, and stress. *Personality & Individual Differences*, 32(5), 877-891.

Šolcová, I. (2011). Psychosociální aspekty stárnutí. *Československá Psychologie*, 55(2), 152-166.

Šolcová, I., & Kebza, V. (1999). Sociální opora jako významný protektivní faktor. *Československá Psychologie*, 43(1), 19-38.

Špatenková, N., & Kasalická, J. (2011). Senioři jako osoby ohrožené domácím násilím. In D. Ševčík, N. Špatenková et al. (Eds.), *Domácí násilí* (pp. 126-130). Praha: Portál.

Tardy, C. (1985). Social support measurement. *American Journal of Community Psychology*, 13(2), 187-202.

Thoits, P. A. (1986). Social support as coping assistance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54(4), 416-423.

Thoits, P. A. (1995). Stress, coping, and social support processes: Where are we? What next?. *Journal of Health & Social Behavior, Extra Issue*, 53-79.

Thommessen, B., Aarsland, D., Braekhus, A., Oksengaard, A., Engedal, K., & Laake, K. (2002). The psychosocial burden on spouses of the elderly with stroke, dementia and Parkinson's disease. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 17(1), 78-84.

Thompson, E. E., & Krause, N. (1998). Living alone and neighborhood characteristics as predictors of social support in late life. *The Journals of Gerontology: Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 53B(6), 354-364.

Triadó, C., Villar, F., Solé, C., Osuna, M., & Pinazo, S. (2005). The meaning of grandparenthood: Do adolescent grandchildren perceive the relationship and role in the same way as their grandparents do? *Journal of Intergenerational Relationships*, 3(2), 101-121.

Uchino, B. N., Cacioppo, J. T., & Kiecolt-Glaser, J. K. (1996). The relationship between social support and physiological processes: A review with emphasis on underlying mechanisms and implications for health. *Psychological Bulletin*, 119(3), 488-531.

Umberson, D. (1987). Family status and health behaviors: Social control as a dimension of social integration. *Journal of Health & Social Behavior*, 28(3), 306-319.

Utz, R. L., Lund, D. A., Caserta, M. S., & de Vries, B. (2011). Perceived self-competency among the recently bereaved. *Journal of Social Work in End-Of-Life & Palliative Care*, 7(2/3), 173-194.

Vágnerová, M.(2007). *Vývojová psychologie. II. Dospělost a stáří*. Praha: Karolinum.

van Tilburg, T. (1992). Support networks before and after retirement. *Journal of Social and Personal Relationships*, 9(3), 433-445.

van Volkom, M. (2006). Sibling relationships in middle and older adulthood: A review of the literature. *Marriage & Family Review*, 40(2/3), 151-170.

Vepřeková, B. B. (2012). Vliv stárnutí na kognitivní funkce a možnosti hodnocení v terénní praxi. *Praktický lékař*, 92(3), 139-144.

Vojtěchovský, M. (1994). Depresivní stavy ve stáří. In Baštecký J., Q. Kuempel, M. Vojtěchovský et al. (Eds.), *Gerontopsychiatrie* (pp. 205-228). Praha: Grada Avicenum.

Wallace, K. A., Bisconti, T. L., & Bergeman, C. S. (2001). The mediational effect of hardiness on social support and optimal outcomes in later life. *Basic & Applied Social Psychology*, 23(4), 267-279.

Ward, R. A. (2008). Multiple parent--adult child relations and well-being in middle and later life. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences & Social Sciences*, 63B(4), 239-247.

Wenger, G. (1990). The special role of friends and neighbors. *Journal of Aging Studies*, 4(2), 149-169.

Wenger, G. (1997). Review of findings on support networks of older Europeans. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 12(1), 1-21.

Wethington, E., & Kessler, R. C. (1986). Perceived support, received support, and adjustment to stressful life events. *Journal of Health & Social Behavior*, 27(1), 78-89.

Young, M., Denny, G., Young, T., & Luquis, R. (2000). Sexual satisfaction among married women age 50 and older. *Psychological Reports*, 86, 1107-1122.

Seznam obrázků

Obrázek 1: Působení nárazníkového efektu	54
Obrázek 2: Model mobilizující se efektivní opory	56
Obrázek 3: Model prevence stresu	57
Obrázek 4: Model zhoršené opory.....	57
Obrázek 5: Rozložení respondentů podle věku.....	93
Obrázek 6: Zastoupení respondentů podle pohlaví.....	94
Obrázek 7: Rozložení podle příjmových skupin.....	96
Obrázek 8: Rozložení podle povolání	97
Obrázek 9: Rozložení škály instrumentální opora	101
Obrázek 10: Rozložení škály sociální zátěž.....	102
Obrázek 11: Rozložení škály dostupnost důvěrné osoby.....	103

Seznam tabulek

Tabulka 1: Charakteristiky sociální opory u seniorů	72
Tabulka 2: Obsahové dělení sociální opory	89
Tabulka 3: Příklady položek z jednotlivých škál.....	90

Přílohy

Instruktaž

Počet získaných respondentů záleží na vašich možnostech a potřebách hodin do předmětu.

Data budu sbírat během měsíce ledna a února, na získání hodin jsou tedy téměř dva měsíce času.

Na instruktážní schůzce obdržíte kopii dotazníku (5 stran včetně sociodemografického dotazníku), ta vám pak bude znovu spolu s excelovým souborem pro vyplňování dat poslána na email.

Za jeden vyplněný dotazník a převedení výsledků do excelu se vám **započte 1,5 hod.** Prosím o včasné zasílání dat, čím dříve tím lépe. Nerada bych vše obdržela na poslední chvíli. Vyplněné excelové soubory posílejte prosím na jadelinmail@gmail.com.

Pro zájemce bude po sesbírání dat informativní schůzka o designu, průběhu a (asi ještě předběžných) výsledcích výzkumu – cca. polovina března.

Administrace:

1. Hlavička dotazníku obsahuje standardizovanou instruktáž, která popisuje cíl a způsob administrace.
2. Dotazník je možné administrovat jednotlivě i skupinově. Vzhledem k povaze vzorku však doporučuji administraci jednotlivě.
3. Dohlédněte na to, že respondenti vyplňují data samostatně, není tedy nikdo, kdo by jim otázky předčítal, popř. vyplňoval za ně. V takových případech nejsou data validní, je zde příliš velký vliv sociální desirability.
4. Zajistěte respondentům vhodné podmínky pro vyplňování.
5. Dejte respondentům možnost anonymity (i když to jsou vaši prarodiče), v údajích o jméně vyplňte buď iniciály, nebo číslo vašeho respondenta.
6. Upozorněte respondenty na způsob odpovídání u negativně formulovaných výroků (např.: Nemám hlad. – správně: ano, nemám/ špatně: ne, nemám).
7. Upozorněte respondenty, že dotazník sleduje vztah k pro ně důležitým osobám. Není cílem sledovat, kolik a jakých osob poskytuje různé typy opory. Jde jen o

to, zda někoho takového má nebo ne, pokud je však v otázce specifikovaná kategorie osob (např. přátelé/známí) měl by se respondent zaměřit na tyto osoby.

8. Dotazník administrujte jen osobám, které splňují specifikaci vzorku, tedy věkovou hranici 65 let a mentální a fyzickou soběstačnost.

Po administraci:

1. vyplnění dat do excelové tabulky. Při jeho vyplňování dbejte prosím legendy a modře vyznačených instrukcí, nedělejte žádné přepólování či jiné úpravy dat. Data vyplňte pro všechny respondenty v listu 1 (F-SozU), 2 (socdem), 3 (shrnutí).

2. Poslání na email.

3. Vyplněné dotazníky prosím nevyhazujte. Doneste je buď na závěrečnou informativní schůzku, nebo když si půjdete pro potvrzení.

Poté, co od vás obdržím kompletní data, předám údaje Dr. Štětovské, která vám v konzultačních hodinách vystaví potvrzení.

Jakékoliv dotazy jsou vítány na jadelinmail@gmail.com.

Dotazník S-54

Jméno/Kód: _____ Datum: _____

Věk: _____ Pohlaví: žena ☐ muž ☐

Tento dotazník sleduje Váš vztah k **důležitým osobám**, tedy k partnerovi, členům rodiny, přátelům a známým, kolegům a sousedům. Zjišťuje, jak tyto vztahy prožíváte a hodnotíte.

Dotazník obsahuje řadu tvrzení. Vedle každého tvrzení se nachází pět kroužků. Zaškrtněte prosím ten, který vyhovuje vaší odpovědi. Označení kroužku nejvíc vpravo („zcela souhlasí“) by například znamenalo, že se s daným výrokem přesně shodujete; označení druhého kroužku zleva by znamenalo, že s daným výrokem spíše nesouhlasíte.

		zcela nesouhlasí	spíše nesouhlasí	částečně souhlasí	spíše souhlasí	zcela souhlasí
1	Jsou lidé, kteří se mi mohou postarat o byt (květiny, zvířata), když nejsem doma.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	Jsou lidé, kteří mě berou takového, jaký(á) jsem.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	Pro mé přátele/známé je důležité znát můj názor na určité věci.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	Někteří mí známí/přátelé zneužívají mé ochoty pomoci.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	Cítím se odmítaný důležitými osobami.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	V případě potřeby si mohu vypůjčit nářadí nebo potraviny.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7	Často jsem žádán(a) o praktickou pomoc (např.: něco zařídit, s něčím vypomoci).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8	Většina lidí, které znám, má ke svým přátelům lepší vztah než já.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9	Mnoho mých přátel/příbuzných má k životu podobný postoj jako já.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10	Když se na poslední chvíli dozvím, že musím naléhavě odjet do nějakého místa v okolí (asi 20 km), vím, koho mohu bez váhání poprosit, aby mě tam odvezl.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11	Mohl(a) bych žít mnohem svobodněji, kdybych pořád nemusel(a) brát ohledy na své přátele/rodinu.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

		zcela nesouhlas	spíše nesouhlas	částečně souhlasí	spíše souhlasí	zcela souhlasí
12	Mám přátele/příbuzné, kteří mi dokážou naslouchat, když se chci vypovídat.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13	Neznám téměř nikoho, s kým si rád(a) vyrazím ven.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14	Po některých rozhovorech se cítím opravdu lépe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15	Mám přátele/příbuzné, kteří mě někdy jen tak obejmou.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16	Když jsem někdy pod opravdu velkým stresem, najde se někdo, kdo převezme část mých úkolů.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17	Potřebuji více lidí, s kterými mohu něco společně podnikat.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18	Někdy mám pocit, že ke mně má pořád někdo výhrady.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19	Když jsem nemocný (á), mohu přátele/příbuzné bez váhání poprosit o vyřízení důležitých věcí (např.: nákup).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20	Když jsem někdy opravdu sklíčený, vím, za kým mohu jít.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21	Mám člověka, se kterým si dobře rozumím také po sexuální stránce.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22	Často náhodou potkávám známé, se kterými se zastavím a popovídám.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23	Přál(a) bych si, aby mi ostatní do všeho nemluvili.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24	Často cítím, že nezapadám, že jsem mimo okolní dění.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25	Mohu poprosit přátele/známé, aby mi pomohli s vyřizováním na úřadech.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26	Jsou lidé, kteří se mnou sdílejí radosti a strasti.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27	S některými přáteli/známými se mohu někdy odvázat a být rozverný.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28	Ve svém životě se cítím být svými přáteli/příbuznými utlačovaný(á) a omezovaný(á).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29	Mám důvěrnou osobu, se kterou si mohu promluvit o všech osobních věcech.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30	Přeji si od ostatních více pochopení a podpory.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31	Mám dostatek lidí, kteří mi opravdu pomůžou, když už nevím jak dál.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

		zcela nesouhlas	spíše nesouhlas	částečně souhlasí	spíše souhlasí	zcela souhlasí
32	Jsou lidé, u kterých bych mohl(a) dočasně bydlet.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
33	Jsem často žádán(a) o radu.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
34	Přeji si více bezpečí a blízkosti.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
35	Často si myslím, že mí přátelé/příbuzní ode mne požadují a očekávají příliš mnoho.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
36	Jsou lidé, kteří při mě drží, i když dělám chyby.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
37	Mé zájmy a koníčky nikdo nesdílí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
38	Moji přátelé/příbuzní neberou mé pocity vážně.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
39	Jsou lidé, kteří ve mě neustále vyvolávají špatné svědomí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
40	Je dostatek lidí, ke kterým mám opravdu dobrý vztah.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
41	O zcela intimních věcech nemám vlastně s kým mluvit.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
42	Mám velmi důvěrnou osobu, na kterou se mohu obrátit.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
43	Existuje společnost lidí (okruh přátel, parta), kde cítím, že k nim patřím.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
44	Mám velmi důvěrnou osobu, s jejíž pomocí mohu v každém případě počítat.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
45	Přeji si více výpomoci a praktické podpory.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
46	Moji přátelé/příbuzní nemohou pochopit, že někdy potřebuji trochu času sám(a) pro sebe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
47	Jsou lidé, kteří se v mé společnosti cítí opravdu dobře.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
48	Z okruhu mých přátel a známých dostanu často dobré tipy (např.: na lékaře, na výstavu).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
49	Jsou lidé, kteří se na mě obracejí s důležitými osobními problémy.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
50	Znám příliš málo lidí, které mohu při problémech požádat o radu.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
51	Jsou lidé, kterým mohu odhalit všechny své pocity, aniž by to bylo trapné.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

		zcela nesouhlasí	spíše nesouhlasí	částečně souhlasí	spíše souhlasí	zcela souhlasí
52	Často si přeji žít na místě, kde mě nikdo nezná.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
53	Mám důvěrnou osobu, v jejíž blízkosti se cítím velmi dobře.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
54	Pro mě důležité osoby se mi snaží předepsat, jak mám přemýšlet a jednat.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Porovnávání jednotlivých škál německých norem s českým vzorkem

Instrumentální opora

One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
PU PR	133	61,80	27,460	2,381

One-Sample Test

	Test Value = 50					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
PU PR	4,954	132	,000	11,797	7,09	16,51

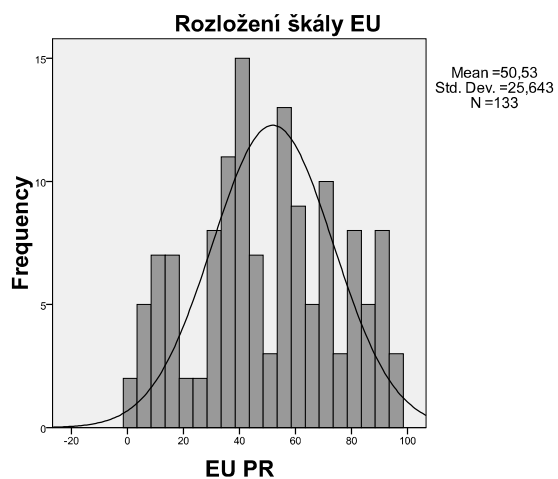
Emoční opora

One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
EU PR	133	50,53	25,643	2,224

One-Sample Test

	Test Value = 50					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
EU PR	,240	132	,811	,534	-3,86	4,93



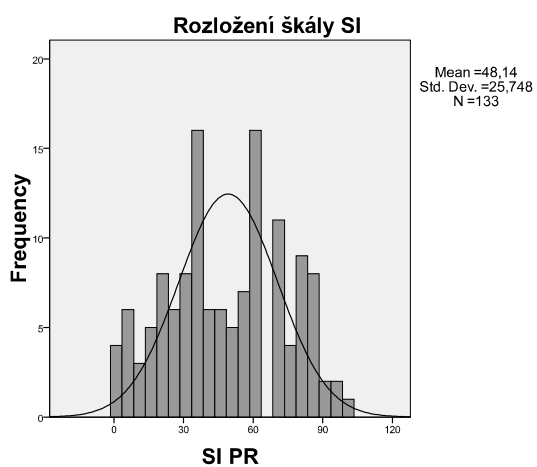
Sociální integrace

One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
SI PR	133	48,14	25,748	2,233

One-Sample Test

	Test Value = 50					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
SI PR	-,832	132	,407	-1,857	-6,27	2,56



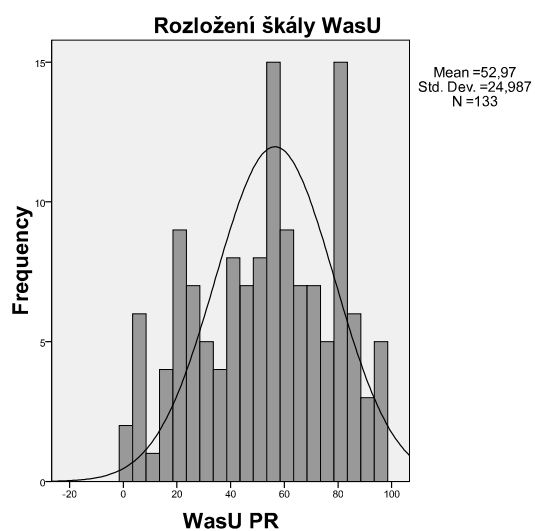
Vnímaná sociální opora

One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
WasU PR	133	52,97	24,987	2,167

One-Sample Test

	Test Value = 50					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
WasU PR	1,371	132	,173	2,970	-1,32	7,26



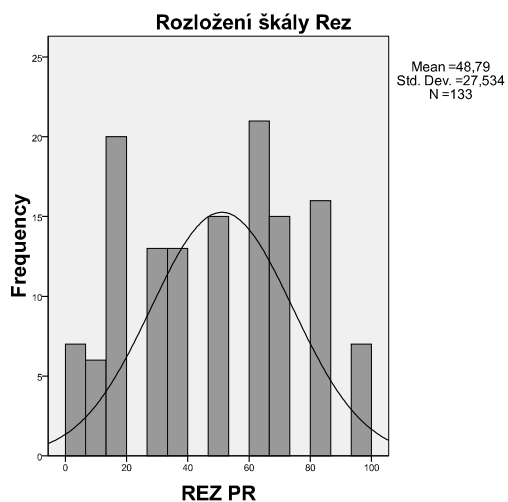
Reciprocita

One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
REZ PR	133	48,79	27,534	2,388

One-Sample Test

	Test Value = 50					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
REZ PR	-,507	132	,613	-1,211	-5,93	3,51



Sociální zátěž

One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
BEL PR	133	64,29	23,538	2,041

One-Sample Test

	Test Value = 50					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
BEL PR	6,999	132	,000	14,286	10,25	18,32

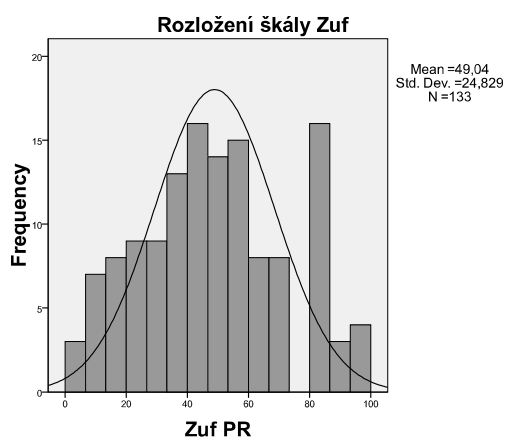
Spokojenost

One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Zuf PR	133	49,04	24,829	2,153

One-Sample Test

	Test Value = 50					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
Zuf PR	-,447	132	,656	-,962	-5,22	3,30



Důvěrná osoba

One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Vert PR	133	59,38	32,715	2,837

One-Sample Test

	Test Value = 50					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
Vert PR	3,308	132	,001	9,383	3,77	14,99

Souvislost sociodemografických údajů s vybranými škálami

Hypotéza 1:

Correlations			věk	SI PR
Spearman's rho	věk	Correlation Coefficient	1,000	,104
		Sig. (1-tailed)		,118
		N	133	133
	SI PR	Correlation Coefficient	,104	1,000
		Sig. (1-tailed)	,118	
		N	133	133

Correlations			věk	PU PR
Spearman's rho	věk	Correlation Coefficient	1,000	,163*
		Sig. (1-tailed)		,030
		N	133	133
	PU PR	Correlation Coefficient	,163*	1,000
		Sig. (1-tailed)	,030	
		N	133	133

*. Correlation is significant at the 0.05 level (1-tailed).

Correlations			věk	Zuf PR
Spearman's rho	věk	Correlation Coefficient	1,000	,206**
		Sig. (1-tailed)		,009
		N	133	133
	Zuf PR	Correlation Coefficient	,206**	1,000
		Sig. (1-tailed)	,009	
		N	133	133

**. Correlation is significant at the 0.01 level (1-tailed).

Hypotéza 2:

Group Statistics

	pohlaví	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
EU PR	1	85	54,78	23,918	2,594
	0	48	43,02	27,096	3,911
PU PR	1	85	66,76	26,073	2,828
	0	48	53,00	27,913	4,029
SI PR	1	85	50,95	25,596	2,776
	0	48	43,17	25,523	3,684
WasU PR	1	85	57,29	23,670	2,567
	0	48	45,31	25,660	3,704
REZ PR	1	85	53,00	26,708	2,897
	0	48	41,33	27,669	3,994
BEL PR	1	85	59,89	22,909	2,485
	0	48	72,06	22,835	3,296
Zuf PR	1	85	49,59	24,423	2,649
	0	48	48,06	25,764	3,719
Vert PR	1	85	63,20	30,892	3,351
	0	48	52,63	35,032	5,056

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
									95% Confidence Interval of the Difference	
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
EU PR	Equal variances assumed	2,156	,144	2,594	131	,011	11,756	4,533	2,789	20,722
	Equal variances not assumed			2,505	87,934	,014	11,756	4,693	2,429	21,082
PU PR	Equal variances assumed	1,431	,234	2,850	131	,005	13,765	4,829	4,211	23,318
	Equal variances not assumed			2,796	92,200	,006	13,765	4,922	3,989	23,541

SI PR	Equal variances assumed	,005	,942	1,687	131	,094	7,786	4,617	-1,346	16,919
	Equal variances not assumed			1,688	97,881	,095	7,786	4,613	-1,368	16,941
WasU PR	Equal variances assumed	2,608	,109	2,719	131	,007	11,982	4,406	3,266	20,697
	Equal variances not assumed			2,659	91,233	,009	11,982	4,507	3,030	20,933
REZ PR	Equal variances assumed	,011	,915	2,388	131	,018	11,667	4,885	2,003	21,330
	Equal variances not assumed			2,365	94,789	,020	11,667	4,934	1,872	21,461
BEL PR	Equal variances assumed	,525	,470	-2,945	131	,004	-12,168	4,131	-20,341	-3,996
	Equal variances not assumed			-2,948	97,913	,004	-12,168	4,128	-20,360	-3,977
Zuf PR	Equal variances assumed	,557	,457	,339	131	,735	1,526	4,498	-7,372	10,424
	Equal variances not assumed			,334	93,350	,739	1,526	4,566	-7,541	10,592
Vert PR	Equal variances assumed	1,659	,200	1,806	131	,073	10,575	5,857	-1,011	22,161
	Equal variances not assumed			1,743	87,862	,085	10,575	6,066	-1,480	22,630

Hypotéza 3a:

Group Statistics

partnerský vztah		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
EU PR	1	91	53,85	25,528	2,676
	0	42	43,36	24,686	3,809

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
									95% Confidence Interval of the Difference	
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
EU PR	Equal variances assumed	,131	,718	2,225	131	,028	10,489	4,714	1,165	19,813
	Equal variances not assumed			2,253	82,324	,027	10,489	4,655	1,229	19,749

Hypotéza 3b:

Group Statistics

partners vztah		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
SI PR	1		47	25,	2,
	0		48	27,	4,

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
									95% Confidence Interval of the Difference	
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
SI PR	Equal variances assumed	,822	,366	-,180	131	,857	-,870	4,821	-10,407	8,667
	Equal variances not assumed			-,176	74,838	,861	-,870	4,952	-10,735	8,995

Hypotéza 3c:

Group Statistics

partnerský vztah		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Vert PR	1	91	61,82	32,893	3,448
	0	42	54,10	32,074	4,949

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
									95% Confidence Interval of the Difference	
		F	Sig.	t	df	Sig. (2- tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
Vert PR	Equal variances assumed	,455	,501	1,269	131	,207	7,729	6,089	-4,316	19,774
	Equal variances not assumed			1,281	81,695	,204	7,729	6,032	-4,271	19,729

Hypotéza 4:

Group Statistics

počet dětí		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
PU PR	1	100	61,39	27,351	2,735
	0	33	63,03	28,179	4,905

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
									95% Confidence Interval of the Difference	
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
PU PR	Equal variances assumed	,046	,830	-,297	131	,767	-1,640	5,532	-12,584	9,303
	Equal variances not assumed			-,292	53,325	,771	-1,640	5,616	-12,903	9,623

Hypotéza 5:

Group Statistics

souroze nci		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
EU PR	1	96	50,93	25,950	2,649
	0	37	49,51	25,150	4,135

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
									95% Confidence Interval of the Difference	
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
EU PR	Equal variances assumed	,129	,720	,284	131	,777	1,414	4,979	-8,437	11,264
	Equal variances not assumed			,288	67,310	,774	1,414	4,910	-8,386	11,214

Hypotéza 6:

Group Statistics

	internet	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
SI PR	1	78	47,95	26,580	3,010
	0	55	48,42	24,759	3,338

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
									95% Confidence Interval of the Difference	
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
SI PR	Equal variances assumed	,272	,603	-,103	131	,918	-,469	4,551	-9,472	8,533
	Equal variances not assumed			-,104	121,267	,917	-,469	4,495	-9,368	8,429

Hypotéza 7:

Group Statistics

	členství	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
SI PR	1	55	50,29	25,861	3,487
	0	78	46,63	25,726	2,913

Independent Samples Test										
		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
									95% Confidence Interval of the Difference	
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
SI PR	Equal variances assumed	,048	,827	,807	131	,421	3,663	4,540	-5,318	12,643
	Equal variances not assumed			,806	116,032	,422	3,663	4,544	-5,337	12,662

Hypotéza 8:

Kruskal-Wallis Test

Ranks			
příjem		N	Mean Rank
WasU PR	1	53	70,39
	2	51	64,25
	3	29	65,66
	Total	133	

Test Statistics ^{a,b}	
	WasU PR
Chi-Square	,706
df	2
Asymp. Sig.	,703

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: příjem

Hypotéza 9:

Kruskal-Wallis Test

Ranks		
povolání		N
		Mean Rank
WasU PR	0	43
		68,07
	1	37
		60,80
	2	53
		70,46
	Total	133

Test Statistics ^{a,b}	
	WasU PR
Chi-Square	1,421
df	2
Asymp. Sig.	,491

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable:

povolání